



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.  
De gegevens mogen met bronvermelding (A.J.E. de Veer,  
M.C. Smit, A.L. Francke, *Verbreding en vernieuwing  
van richtlijnen*, NIVEL 2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in  
PDF-format op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

## **Verbreding en vernieuwing van richtlijnen**

### **Ervaringen, wensen en verwachtingen ten aanzien van multidisciplinaire richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten**

A.J.E. de Veer  
M.C. Smit  
A.L. Francke



ISBN 978-90-6905-840-5

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergronden en definities	7
1.2 Vraagstellingen	9
1.3 Opbouw van het rapport	9
<b>2 Succes- en faalfactoren bij ontwikkeling en implementatie van richtlijnen: een meta-review</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Methode	11
2.2.1 Searches in bestanden	11
2.2.2 In- en exclusiecriteria en inclusieproces	13
2.2.3 Methodologische beoordeling	14
2.2.4 Data-extractie en analyse	14
2.3 Resultaten	15
2.3.1 Algemene beschrijving van de reviews en de betreffende richtlijnen	15
2.3.2 Methodologische kenmerken van de reviews	15
2.3.3 Factoren van invloed op ontwikkeling van richtlijnen	16
2.3.4 Factoren van invloed op implementatie van richtlijnen	17
2.4 Conclusies en discussie	31
<b>3 Verbreding en vernieuwing: ervaringen en wensen van kennisinstututen</b>	<b>35</b>
3.1 Inleiding	35
3.2 Methode	35
3.2.1 Geïnterviewden	35
3.2.2 Interviewvragen	37
3.2.3 Procedure	38
3.2.4 Data-extractie en analyse	38
3.3 Resultaten	38
3.3.1 Draagvlak voor verbreden en versnellen	38
3.3.2 Inhoud van een multidisciplinaire richtlijn	39
3.3.3 Betrokken partijen	42
3.3.4 Ontwikkelingsproces: mogelijkheden voor verbreden én versnellen	45
3.3.5 Goedkeuring, eigendom, en actualiseren	47
3.3.6 Kwaliteitsinstrumenten en andere implementatiemethoden	49
3.4 Conclusies	51
<b>4 Verbreding en vernieuwing: wensen en verwachtingen van beroepsbeoefenaars</b>	<b>55</b>
4.1 Inleiding	55
4.2 Methode	55
4.2.1 Aanpak	55

4.2.2	Beroepsbeoefenaars	56
4.2.3	Data-extractie en analyse	60
4.3	Resultaten	61
4.3.1	Draagvlak voor verbreding en versnelling	61
4.3.2	Inhoud van een multidisciplinaire richtlijn	62
4.3.3	Betrokken partijen	63
4.3.4	Ontwikkelingsproces: mogelijkheden voor verbreden én versnellen	64
4.3.5	Goedkeuring, eigendom en actualiseren	65
4.3.6	Kwaliteitsinstrumenten en andere implementatiemethoden	67
4.3.7	Conclusie	68
<b>5</b>	<b>Verbreding en vernieuwing: wensen en verwachtingen van cliënten, zorgverzekeraars en opleiders</b>	<b>71</b>
5.1	Inleiding	71
5.2	Methode	71
5.2.1	Aanpak	71
5.2.2	Cliënten	71
5.2.3	Zorgverzekeraars	73
5.2.4	Opleidingen	74
5.2.5	Data-extractie en analyse	75
5.3	Resultaten: wensen en verwachtingen van cliënten	75
5.3.1	Draagvlak voor verbreding en versnelling	76
5.3.2	Inhoud van een multidisciplinaire richtlijn	76
5.3.3	Betrokken partijen	77
5.3.4	Ontwikkelingsproces: mogelijkheden voor verbreden én versnellen	80
5.3.5	Goedkeuring, eigendom en actualiseren	81
5.3.6	Kwaliteitsinstrumenten en andere implementatiemethoden	82
5.3.7	Conclusie	82
5.4	Resultaten: wensen en verwachtingen van zorgverzekeraars	84
5.4.1	Rol bij de ontwikkeling	85
5.4.2	Stimuleren van het gebruik	85
5.4.3	Gebruik door zorgverzekeraars	86
5.4.4	Conclusie	87
5.5	Resultaten: wensen en verwachtingen van opleiders	87
5.5.1	Rol bij de ontwikkeling	87
5.5.2	Stimuleren van het gebruik	88
5.5.3	Gebruik binnen het onderwijscurriculum	88
5.5.4	Conclusie	88
<b>6</b>	<b>Samenvatting en hoofdconclusies</b>	<b>89</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>99</b>
	<b>Bijlage I. Quality assessment checklist for reviews</b>	<b>103</b>

# Voorwoord

Dit rapport beschrijft ervaringen, wensen en verwachtingen ten aanzien van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten. Het onderzoek is uitgevoerd op verzoek van ZonMw. Doel van het onderzoek was nagaan hoe richtlijnen en daarmee verband houdende kwaliteitsinstrumenten verbreed en vernieuwd kunnen worden. De resultaten geven voeding aan de vormgeving van de tweede fase van het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ).

Vershillende methoden zijn gebruikt om informatie te verkrijgen. Naast bestudering van de internationale literatuur zijn deskundigen op het gebied van richtlijnontwikkeling geraadpleegd. Deze deskundigen waren allereerst de beroepsbeoefenaars zelf. Daarnaast zijn afgevaardigden van cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, opleidingsinstituten en kenniscentra geraadpleegd. Hun welwillendheid om mee te denken over hoe multidisciplinaire richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld kunnen worden, was groot. Daarvoor zijn wij de deelnemers veel dank verschuldigd.

Ten behoeve van het onderzoek is nauw samengewerkt met drs. D. Dreesens, drs. J. Pleiter, en dr. A. Sterk van ZonMw. Wij danken hen voor hun positief kritische begeleiding. Daarnaast zijn we dank verschuldigd aan Prof. Dr. A. Casparie. De gesprekken met hem scherpten ons verder in de gedachtevorming over de focus van dit onderzoek.

Er moest veel georganiseerd worden in dit project van vier maanden. Onze dank gaat uit naar Roelie Brouwer, Jojs van Baarle, Doortje Saya en Herma van den Brink, voor hun hulp bij de organisatie, het uitschrijven van gesprekken, en de secretariële ondersteuning. Marcus Winckers en Paul van der Heijden danken we voor het maken van de websites voor de internet discussiegroepen.

Utrecht, maart 2007

Anke de Veer  
Marieke Smit  
Anneke Francke



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergronden en definities

Dit rapport beschrijft een studie naar kansrijke verbredingen en vernieuwingen van multidisciplinaire richtlijnen en daarmee verband houdende kwaliteitsinstrumenten. Richtlijnen definiëren we in aansluiting bij de Gezondheidsraad (2000) als volgt: Systematisch ontwikkelde aanbevelingen bedoeld om hulpverleners en cliënten<sup>1</sup> te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete gezondheidsproblemen. We noemen een richtlijn in deze studie multidisciplinair als de richtlijn, naast artsen, zich ook richt op andere professionals in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en/of verloskundigen. Richtlijnen zijn vaak direct gerelateerd aan en vormen zelf soms ook de basis voor andere kwaliteitsinstrumenten die belangrijk zijn voor een geïntegreerd multidisciplinair kwaliteitsbeleid: hierbij kan gedacht worden aan kwaliteitsinstrumenten als indicatoren, klinische paden, visitatie-instrumenten of producten voor cliëntenvoorlichting of onderwijs.

In de zorgsector wordt via een verbetercyclus continu gestreefd naar verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Richtlijnen kunnen daarbij als een norm gebruikt worden. Multidisciplinaire richtlijnen beschrijven de beste handelwijze voor álle bij een gezondheidsprobleem betrokken disciplines zodat de cliënt samenhangende 'ketenzorg' kan ontvangen. Richtlijnen zijn een essentieel onderdeel van elk kwaliteitssysteem en de toepassing ervan is een indicatie voor de kwaliteit van zorg. Richtlijnen dragen bovendien bij aan transparantie van het professioneel handelen en aan (keuze)informatie voor de cliënt.

Richtlijnen zijn ook belangrijk omdat – althans als het gaat om evidence-based richtlijnen - de recente stand van de wetenschap voor diagnostiek, zorg en behandeling samengevat en vertaald wordt naar de praktijk. Zij beschrijven de 'best practices' (Grol & Grimshaw, 2003). Multidisciplinaire richtlijnen vormen in principe een goede de basis voor verdere samenwerking in de zorg, bijvoorbeeld rond disease management, regionale zorgprogramma's of ketenafspraken.

De ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten zijn echter vaak complex. Zo was reeds bij de start van dit project (bij ZonMw en de projectuitvoerders) bekend dat de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen vaak belemmerd wordt doordat niet op voorhand duidelijk is hoe het eigenaarschap moet worden geregeld en wie verantwoordelijk is voor beheer en

---

<sup>1</sup> In dit rapport wordt de term cliënt gehanteerd, behalve in hoofdstuk 2 waar de beschreven onderzoeken altijd de term patiënt hanteren. Daar waar cliënten staat kan ook patiënten, bewoners, zorggebruikers of consumenten gelezen worden.

de periodieke updating van richtlijnen.

Ook waren er signalen dat de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten inhoudelijk complex is omdat deze de gehele zorgketen omvat, bijvoorbeeld vanaf algemene generalistische (huisartsen)zorg, de verpleegkundige en/of paramedische zorg tot en met de zeer gedifferentieerde en specifieke specialistische zorg. De ontwikkeling vereist derhalve goede samenwerking tussen alle betrokken partijen. Cultuurverschillen, maar ook belangentegenstellingen kunnen daarbij belemmerend werken, bijvoorbeeld bij het toedelen van taken en verantwoordelijkheden.

Tevens was bekend dat bij de huidige richtlijnontwikkeling verschillen tussen de beroepsgroepen onderling en ook tussen professionals en cliënten, bijvoorbeeld wat betreft de prioritering van onderwerpen of voor wat betreft deskundigheidsniveau, een efficiënte ontwikkeling belemmeren. Verder waren er duidelijke signalen dat de implementatie van richtlijnen niet altijd succesvol was. Zo bleek de multidisciplinaire richtlijn 'Beroerte' vier jaar na het verschijnen slechts door 50% van de ziekenhuizen te worden nageleefd (Minkman et al., 2005). De richtlijn Ketenkwaliteit COPD bleek na introductie voor verbetering vatbaar (Musters et al., 2005; [www.ketenkwaliteitcopd.nl](http://www.ketenkwaliteitcopd.nl)). Een duidelijke taakafbakening wordt soms als gemis ervaren bij multidisciplinaire richtlijnen en vormt één van de belemmeringen voor de naleving ervan (Smolders et al., 2005).

Een ander probleem is dat kwaliteitsinstrumenten die in principe gerelateerd zijn aan richtlijnen (zoals visitatie) vaak een monodisciplinaire insteek hebben en daarbij geïntegreerd multidisciplinair kwaliteitsbeleid belemmeren.

Het gepresenteerde onderzoek gaat dieper in op dergelijke en andere knelpunten. Het hoofddoel is echter niet om bestaande problemen te onderbouwen, maar juist om inzicht te geven in kansrijke verbredingen of vernieuwingen in het hele traject van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en - implementatie.

Met de termen “verbredingen en vernieuwingen” bedoelen we bijvoorbeeld dat er meer disciplines bij een richtlijn/kwaliteitsinstrumenten betrokken worden, bij voorkeur uit meerdere instellingen. Daarbij kan ook gedacht worden aan het betrekken van disciplines die het maatschappelijk functioneren van cliënten ondersteunen, in het bijzonder de deelname aan het arbeidsproces. Bij verbreding wordt ook gedacht aan het betrekken van andere partijen bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen zoals cliënten, verzekeraars en opleidingen. Daarnaast wordt onder vernieuwing een nieuwe, efficiënte en snelle manier van richtlijnontwikkeling en implementatie verstaan. Daaronder valt ook het op een efficiënte manier regelen van eigenaarschap, onderhoud, alsmede het up-to-date houden van de richtlijn.

De informatie uit deze studie zal door ZonMw worden benut voor en verwerkt worden bij de nadere vormgeving van de tweede fase van het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ). De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, evenals het komen tot kansrijke innovaties en verbredingen van het ontwikkelings- en implementatietraject van die richtlijnen vormen centrale onderdelen van het programma KKCZ. Het gepresenteerde onderzoek gaat vooral in op de mogelijke verbredingen en vernieuwingen. Voor meer informatie over het KKCZ-programma, zie [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl) en



het betreffende raamplan (ZonMw, juni 2006).

## **1.2 Vraagstellingen**

Aan de studie lagen de volgende vragen ten grondslag:

- 1 Welke factoren beïnvloeden volgens wetenschappelijk onderzoek in positief of negatief opzicht de ontwikkeling of implementatie van multidisciplinaire richtlijnen?
- 2 Welke positieve en negatieve ervaringen hebben kennisinstituten en andere relevante organisaties in Nederland opgedaan met de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?
- 3 Wat zijn de wensen en verwachtingen van kennisinstituten en andere relevante organisaties ten aanzien van verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?
- 4 Wat zijn de wensen en verwachtingen van beroepsbeoefenaars ten aanzien van verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?
- 5 Wat zijn de wensen en verwachtingen van andere partijen (cliënten, zorgverzekeraars en opleidingen) ten aanzien van verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?

## **1.3 Opbouw van het rapport**

Na dit inleidende hoofdstuk gaat hoofdstuk 2 in op de methoden en uitkomsten van een systematische meta-review van bestaande literatuurreviews naar succes- en faalfactoren bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en –implementatie (zie vraagstelling 1). Hoofdstuk 3 is gewijd aan de methoden en uitkomsten van de interviews met kennisinstituten en andere relevante organisaties (zie vraagstelling 2 en 3). De wensen en verwachtingen van beroepsbeoefenaars en andere gebruikers (zie vraagstelling 4 en 5) staan centraal in respectievelijk hoofdstuk 4 en 5. Tenslotte bevat hoofdstuk 6 een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten.



## 2 Succes- en faalfactoren bij ontwikkeling en implementatie van richtlijnen: een meta-review

### 2.1 Inleiding

In een systematisch literatuuronderzoek hebben we geïnventariseerd wat er al bekend is over factoren van invloed op het succesvol ontwikkelen en implementeren van richtlijnen. De verwachting bij aanvang van die literatuurstudie was dat er in de bestaande wetenschappelijke literatuur verschillende factoren worden beschreven (bijvoorbeeld over kenmerken van de richtlijn zelf of van de betrokken professionals), die het ontwikkeling- en implementatieproces bevorderen dan wel belemmeren.

Deze literatuurstudie moest daar meer inzicht in geven en antwoord geven op de volgende vraag:

1. *Welke factoren beïnvloeden volgens wetenschappelijk onderzoek in negatief of positief opzicht de ontwikkeling of implementatie van richtlijnen?*

Deze literatuurstudie is een meta-review in de zin dat uitsluitend bestaande reviews zijn geïncorporeerd. Deze beperking hangt samen met de korte tijdsspanne waarin het onderzoek moest plaatsvinden en ook met het feit dat aan reviews in het algemeen meer evidentie valt te ontleen dan aan “losse” empirische studies.

### 2.2 Methode

#### 2.2.1 Searches in bestanden

In samenwerking met een ervaren bibliothecaresse is eerst een zoekstrategie ontwikkeld voor het vinden van relevante publicaties in elektronische literatuurbestanden. De zoekstrategie is in eerste instantie ontwikkeld in Pubmed en later aangepast om ook andere bestanden te kunnen doorzoeken (waarbij geen beperking van de tijdsperiode is gehanteerd). In de volgende tabel (2.1) staan de doorzochte bestanden en het aantal referenties dat een zoekstrategie in een bestand opleverde.

Tabel 2.1 Bestanden, datum zoekacties en referenties

Bestand	Datum zoekactie	Referenties
Pubmed	09-10-06	466
Cinahl	17-10-06	188
Cochrane bases (excl. Clinical Trials register)	17-10-06	222
Embase	18-10-06	443
NIVEL catalogus	18-10-06	40
GIN-website	08-11-06	0

In de tabel hieronder staat de zoekstrategie zoals voor Pubmed gehanteerd. De aangepaste zoekstrategieën voor de overige bestanden zijn bij de auteurs opvraagbaar.

Tabel 2.2 Zoekstrategie in Pubmed

#24	Search	<b>#22 AND #16 Limits: only items with abstracts</b>
#23	Search	<b>#22 AND #16</b>
#22	Search	<b>#21 NOT #5</b>
#21	Search	<b>#2 OR #3 OR #20</b>
#20	Search	<b>"review"[Title]</b>
#19	Search	<b>#16 AND #17 Limits: only items with abstracts</b>
#18	Search	<b>#16 AND #17</b>
#17	Search	<b>#4 NOT #5</b>
#16	Search	<b>#12 AND #15</b>
#15	Search	<b>#13 OR #14</b>
#14	Search	<b>"Guideline Adherence"[MAJR] OR "Organizational Culture"[MAJR] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[MAJR] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Health Plan Implementation"[MAJR] OR "Information Dissemination"[MAJR]</b>
#13	Search	<b>develop*[ti] OR implement*[ti]</b>
#12	Search	<b>#9 OR #10 OR #11</b>
#11	Search	<b>guideline*[ti] OR protocol*[ti]</b>
#10	Search	<b>practice guideline[pt]</b>
#9	Search	<b>"Practice Guidelines"[MAJR] OR "Critical Pathways"[MAJR]</b>
#5	Search	<b>letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]</b>
#4	Search	<b>#1 OR #2 OR #3</b>
#3	Search	<b>"meta analysis"[Title/Abstract]</b>
#2	Search	<b>review[pt] OR meta-analysis[pt]</b>
#1	Search	<b>"review"[Title/Abstract]</b>

De gevonden referenties zijn ingevoerd in Reference Manager en met behulp van dit programma zijn de duplicaten verwijderd. Exclusief duplicaten bleven er 885 referenties over. Daarnaast is gezocht in de bibliotheekcatalogus van het CBO en is tevens handmatig gezocht in referentielijsten van geselecteerde artikelen en hebben we vrije internet searches gedaan. Dit leverde nog 24 aanvullende, potentieel relevante referenties op.

### 2.2.2 *In- en exclusiecriteria en inclusieproces*

Om te kunnen beoordelen of de opgespoorde referenties in aanmerking kwamen voor inclusie in onze meta-review zijn de volgende criteria geformuleerd ten aanzien van typen studies, doelgroepen en variabelen.

#### *Inclusiecriteria*

1. Type studies: alleen systematische reviews of meta-reviews kwamen in aanmerking voor inclusie. Een review of meta-review werd als systematisch beschouwd wanneer aan minimaal twee van de volgende drie criteria wordt voldaan: (a) er worden zoektermen gerapporteerd, (b) er is ten minste in Pubmed gezocht, (c) de geïncludeerde studies zijn methodologisch beoordeeld door de reviewer(s).
2. Type doelgroepen: de richtlijnen die in de betreffende reviews of meta-reviews genoemd worden moeten (mede) gericht zijn op medische of andere professionals in de gezondheidszorg.
3. Type variabelen: de systematische reviews of meta-reviews moeten ingaan op factoren van invloed op de ontwikkeling of implementatie van multidisciplinaire richtlijnen in de gezondheidszorg.

In eerste instantie hadden we nog een ander inclusie criterium geformuleerd, namelijk dat de richtlijnen uit de reviewstudies, in ieder geval voor een deel, een multidisciplinair karakter moesten hebben. In de praktijk bleek dat criterium echter niet te hanteren, omdat in de meeste gevallen in een publicatie niet wordt vermeld of het om mono- of multidisciplinaire richtlijnen ging.

#### *Exclusiecriteria*

Er zijn *geen* exclusiecriteria gehanteerd qua taal of qua zoekperiode. Wel zijn reviews geëxcludeerd die uitsluitend gaan over factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling of implementatie van consensus-based richtlijnen of consensusmethodieken (e.g. Black et al., 1999; Murphy et al., 1998; Lomas, 1991). Deze keuze is gemaakt omdat we ervan uitgaan dat richtlijnen zoveel mogelijk gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijk bewijs, en niet in de eerste plaats op consensus. Tevens zijn reviews geëxcludeerd die in hun beschrijving geen expliciet of duidelijk onderscheid maakten tussen richtlijnen en andere interventies of producten die gericht zijn op gedragsverandering van zorgverleners (bijv. Fleuren et al., 2004; NHS Centre for reviews and dissemination, 1999; Wensing et al., 1999; Oxman et al., 1995; Solberg, 2000). Verder zijn reviews geëxcludeerd als zij hun bevindingen en conclusies niet uitsluitend op onderzoekspublicaties, maar ook op ervaringsverhalen, opiniërende of theoretische artikelen baseerden (bijv. Boyd en Bero, 2006; Cheater en Closs, 1997; Fretheim et al., 2006a, 2006b, 2006c; Oxman et al., 2006a, 2006b, 2006c, 2006d, 2006e, 2006f, 2006g; Richens et al., 2004; Schünemann et al., 2006a, 2006b, 2006c, 2006d, 2006e; Tan-Torres Edejer, 2006).

#### *Inclusieproces*

In de volgende stappen is het inclusieproces uitgevoerd.

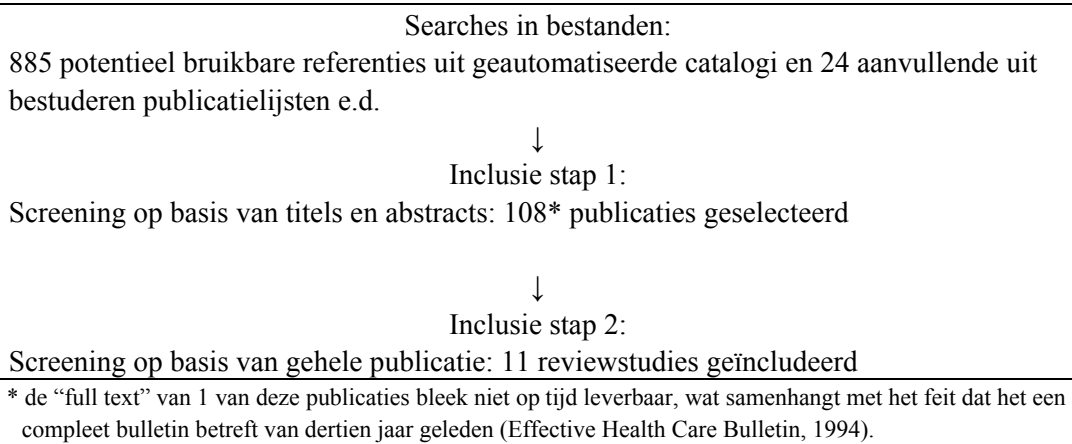
##### *Stap 1: screening aan hand van titels en abstracts*

Titels en abstracts van de gevonden referenties zijn onafhankelijk door een 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> reviewer (A.L.F. en M.C.S.) gescreend, om te kijken of de betreffende publicaties

(waarschijnlijk) aan de inclusiecriteria voldeden. Dit was bij 108 publicaties het geval.

*Stap 2: screening op basis van gehele publicatie*

De volledige teksten van die publicaties werden vervolgens onafhankelijk door de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> reviewer beoordeeld aan de hand van de inclusiecriteria. Wanneer de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> reviewer in deze fase van mening verschilden of wanneer er bij de reviewers twijfel bestond over wel/geen inclusie, werd door middel van discussie tussen de twee reviewers overeenstemming bereikt. Uiteindelijk bleken er elf reviewstudies (waarvan er een in twee verschillende publicaties werd gerapporteerd) in aanmerking te komen voor inclusie. In schema zien de resultaten van de searches (paragraaf 2.2.1) en de stappen van het inclusieproces (paragraaf 2.2.2) er zo uit:



### 2.2.3 *Methodologische beoordeling*

De methodologische kwaliteit van de elf geïncludeerde studies, werd vervolgens – door twee reviewers onafhankelijk van elkaar - beoordeeld met de Quality Assessment Checklist for Reviews (Oxman and Guyatt, 1991; Oxman et al., 1991). Dit is een relatief veel gebruikte checklist voor het methodologisch beoordelen van systematische reviews. De overall-scores op deze checklist variëren van "extensive flaws" (score 1 of 2), "major flaws" (score 3 of 4), "minor flaws" (score 5 of 6) tot "minimal flaws" (score 7). Indien de twee reviewers één punt van elkaar verschilden bij de score over een bepaalde studie werd het gemiddelde van die scores berekend en gepresenteerd. Bij grotere verschillen in scores werd via discussie tot overeenstemming gekomen.

De checklist en een toelichting op de beoordelingswijze zijn opgenomen in Bijlage I.

### 2.2.4 *Data-extractie en analyse*

Ten behoeve van de extractie van relevante kenmerken en data uit de geïncludeerde reviews is een tabel gemaakt (zie tabel 2.1). De beschrijving van de data is descriptief van karakter en volgde de structuur van de data-extractietabel. Factoren die van invloed (kunnen) zijn op de ontwikkeling of implementatie van richtlijnen zijn ingedeeld in de volgende categorieën:

\* Kenmerken van richtlijnen of strategieën;

- \* Kenmerken van professionals;
- \* Kenmerken van patiënten;
- \* Omgevingskenmerken.

Voor deze indeling is gekozen omdat deze goed aansluit bij indelingen gehanteerd in sommige van de bestudeerde studies, zoals die van Cabana et al. (1999) en Simpson et al. (2005).

## **2.3 Resultaten**

### **2.3.1 Algemene beschrijving van de reviews en de betreffende richtlijnen**

Alle elf geïncludeerde studies zijn reviews van empirisch onderzoek; er werden geen *meta*-reviews van reviewstudies gevonden die geheel aansloten bij onze inclusiecriteria. De elf studies waren bijna allemaal Engelstalig. Uitzondering daarop vormden de Duitstalige review van Sachs (2006) en de Franstalige review van Saillour-Glenisson en Michel (2003). De genoemde studie van Sachs uit 2006 is ook de meest recente geïncludeerde review. Die van Grilli en Lomas (1994) de oudste.

De reviews kwamen niet altijd overeen qua doel: sommige reviews beoogden succes- en faalfactoren of de meest effectieve implementatiestrategieën in kaart te brengen, anderen waren primair gericht op het in kaart brengen van effecten van richtlijnen (zie tabel 2.2, linker kolom). In dat laatste geval was het doen van uitspraken over bij welke strategieën de meeste effecten te zien zijn, slechts een afgeleid doel.

Meestal was er qua onderwerpen van de richtlijnen niet gekozen voor een sterke afbakening. De richtlijnen in de meeste reviews betroffen vaak uiteenlopende preventieve of curatieve behandelingen en verschillende aandoeningen. Uitzondering daarop vormde de studie van Bauer (2002) die uitsluitend ging over richtlijnen in de ggz. Ook de reviewstudie van Gross en Pujat (2001) betrof een specifiek soort richtlijnen, namelijk over antibioticagebruik bij veel voorkomende infecties. De richtlijnen in de reviews van Simpson et al. (2005) en van Tooher et al. (2003) zijn eveneens gericht op specifieke onderwerpen: respectievelijk de behandeling van pneumonie en decubitus.

Veelal wordt in de reviewstudies geen expliciete uitspraken gedaan over of de richtlijnen mono- of multidisciplinair zijn (zie tabel 2.2, linker kolom). Uit de beschrijvingen en uitkomsten van de studies is vaak wel indirect af te leiden dat artsen meestal de belangrijkste doelgroep waren. Uitzondering daarop vormden richtlijnen in de studies van Sachs (2006) en van Thomas et al. (1999). Sachs richtte zich op richtlijnen waar verpleegkundigen de doelgroep waren, terwijl Thomas et al. (1999) zich richtten op richtlijnen voor verpleegkundigen, verloskundigen en/of paramedici.

### **2.3.2 Methodologische kenmerken van de reviews**

Zoals blijkt uit tabel 2.2 (2<sup>e</sup> kolom links) baseerden de meeste reviews zich op kwantitatieve studies met een vergelijkend design (RCTs, CCTs, pretest post test studies e.d.), zodat uitspraken gedaan konden worden over verschillen tussen (effecten van) implementatiestrategieën. Dat geldt niet voor de review van Cabana et al. (1999), waarin

uitsluitend surveys en kwalitatieve studies zijn opgenomen, teneinde uitspraken te kunnen doen over barrières in toepassing van richtlijnen. Ook Saillour-Glenisson en Michel (2003) zijn enigszins afwijkend wat dit betreft; zij includeerden behalve kwantitatieve studies, ook veel kwalitatieve studies om inzicht te krijgen in dergelijke barrières. Grilli en Lomas (1994) includeerden kwantitatieve studies, maar bij studies met voor- en nametingen keken zij uitsluitend naar de nameting om uitspraken te kunnen doen over kenmerken van richtlijnen en naleving daarvan.

Alle elf reviews zochten niet alleen in Medline maar bestudeerden ook andere bronnen. Daarbij valt op dat men vaak uitsluitend naar Engelstalige literatuur zocht (dat geldt niet voor Sachs en voor Saillour-Glenisson en Michel) en men expliciete inclusiecriteria hanteert (zie tabel 2.2, 2<sup>e</sup> kolom links). Ook valt op dat de meeste reviews geen aandacht besteden aan het voorkomen van selectie bias of aan methodologische beoordeling

In de beoordeling die wij zelf van de elf reviews hebben gedaan, maakten we (zoals reeds vermeld) gebruik van het instrument van Oxman en Guyatt (zie Bijlage I).

Twee reviews kregen van ons een hoge score: de review van Thomas et al. (1999) kreeg een score van 5,5 en die van Grimshaw et al. (2004 en 2005) van 7. Deze scores staan voor respectievelijk “minor flaws” en “minimal flaws”; het hoogst haalbare op het instrument van Oxman en Guyatt. Deze hoge scores hangen samen met het feit dat voornoemde reviewers uitgebreide, goed gedocumenteerde searches hebben gedaan, hun zoekstrategie goed hebben beschreven, duidelijke inclusiecriteria hadden, maatregelen genomen hebben om selectiebias te voorkomen, de methodologische kenmerken van achterliggende studies hebben beschreven en op een adequate wijze hun gegevens hebben gepresenteerd en conclusies hebben getrokken.

De negen andere reviews scoorden lager op de beoordelingcriteria van Oxman en Guyatt: namelijk tussen 1,5 en 4,5 (zie tabel 2.2, 2<sup>e</sup> kolom van links).

### **2.3.3 Factoren van invloed op ontwikkeling van richtlijnen**

De onderzoeksvraag in onze meta-review luidde: Welke factoren beïnvloeden volgens wetenschappelijk onderzoek in negatief of positief opzicht de ontwikkeling of implementatie van richtlijnen? Het eerste deel van die vraag, namelijk welke factoren de *ontwikkeling* van richtlijnen beïnvloeden, blijkt niet beantwoord te kunnen worden op basis van de elf reviews. Zij noemen soms zijdelings wel factoren die te maken hebben met het ontwikkelingsproces, maar gaan daarbij niet in op de vraag of dat factoren zijn die succes of falen van die ontwikkeling mede bepalen. Een voorbeeld: in de review van Gross en Pujat (2001) wordt een studie aangehaald over een richtlijn op het gebied van chirurgische infecties op intensive care units. Bij de ontwikkeling van die richtlijn waren meerdere disciplines en alle stakeholders op de intensive care unit betrokken. De reviewers stellen dat dat waarschijnlijk bijgedragen heeft aan een succesvolle implementatie naderhand. Wat de consequenties van die multidisciplinaire aanpak voor bijvoorbeeld de snelheid en efficiëntie van het ontwikkelingsproces zelf is geweest, wordt niet vermeld.



### 2.3.4 *Factoren van invloed op implementatie van richtlijnen*

#### *Kenmerken van de richtlijnen of strategieën*

Alle elf reviews besteden aandacht aan kenmerken van de richtlijnen of van de implementatiestrategieën in relatie tot het succes of de effecten van de implementatie. In de review van Grimshaw et al. (1994 en 1996), de review met de voornoemde hoge methodologische score, werden 235 vergelijkende studies (RCT's, CCT's e.a.) over implementatiestrategieën bij uiteenlopende richtlijnen geanalyseerd.

Grimshaw et al. keken onder andere naar de effecten van verschillende gecombineerde implementatiestrategieën. Zij rapporteerden onder meer effecten van de combinatie van educatief materiaal en educatieve bijeenkomsten en van combinaties van reminders en patiëntgerichte strategieën<sup>2</sup>. Ook bijvoorbeeld educatief materiaal, educatieve bijeenkomsten en gecombineerde audit en feedback zouden een gunstig hebben op de implementatie van richtlijnen. Daarbij merkten Grimshaw en collega's wel op dat het vaak gaat om bescheiden effecten en dat de achterliggende studies vaak een lage methodologische kwaliteit hebben. Hoewel Grimshaw et al. een aantal studies aanhaalden die meer effect vonden van gecombineerde strategieën dan van enkelvoudige, was één van hun hoofdconclusies toch dat over het geheel genomen meervoudige strategieën niet effectiever zijn dan enkelvoudige interventies. Ook concludeerden zij dat het effect van richtlijnen op het proces of de uitkomsten van zorg niet toeneemt als implementatiestrategieën een groter aantal componenten hebben. De andere review met een hoge methodologische score is die van Thomas et al. (1999). Deze review voegt wat dit onderwerp betreft geen nieuwe informatie toe. Thomas et al. beperkten zich tot studies over richtlijnen die specifiek voor de verpleegkundige praktijk relevant waren en vonden slechts drie studies die verschillende implementatiestrategieën rondom richtlijnen voor verpleegkundigen vergeleken. Thomas et al. kwamen niet tot eenduidige resultaten en uitspraken, omdat de betreffende drie studies een kleine steekproef hadden en/of kampten met "unit of analysis" fouten.

De reviews met lagere methodologische scores (4,5 of lager op het beoordelingsinstrument van Oxman en Guyatt) wezen niet in dezelfde richting als Grimshaw et al.. Zo stelden Bauer et al. dat meervoudige en intensieve implementatiestrategieën, waarbij ook aandacht uitgaat naar organisatieverandering of nieuwe hulpbronnen (bijvoorbeeld extra consultaties of case management), vaak het meest succesvol zijn als het gaat om richtlijnen op het terrein van de ggz. Ook Davis en TaylorVaisey (1997) kwamen tot de conclusie dat enkelvoudige strategieën (bijvoorbeeld informatiemateriaal of reminders) soms effectief zijn, maar dat strategieën met twee of meer componenten veelal meer effect hebben. Tot vergelijkbare conclusies kwamen Gross en Pujat (2001) en Sachs (2006). Tenslotte komt ook Tooher (2003) tot de conclusie dat meervoudige implementatiestrategieën die instellingbreed worden ingevoerd meer effect hebben, ook op langere termijn. Hoe meer verscheiden en hoe breder de implementatiestrategieën, des te meer effecten, aldus de review van Tooher.

---

<sup>2</sup> Patiëntgerichte strategieën zijn strategieën waar gebruik wordt gemaakt van klinische informatie over patiënten die in het kader van de implementatie is verzameld.

Een ander relevant kenmerk betreft complexiteit, in de zin van de mate waarin procedures uit richtlijnen moeilijk te begrijpen of te realiseren zijn. Davis en TaylorVaisey (1997), Grilli en Lomas (1994) en Simpson et al. (2005) concludeerden allen dat richtlijnen met aanbevelingen die weinig gecompliceerd zijn eerder worden nageleefd.

Voor overige kenmerken van richtlijnen of strategieën van invloed op implementatie van richtlijnen, zie tabel 2.2. (2<sup>e</sup> kolom van rechts).

#### *Kenmerken van professionals*

Vijf van de elf reviews besteedden aandacht aan kenmerken van professionals in relatie tot de implementatie van richtlijnen (Cabana et al., 1999; Davis en TaylorVaisey, 1997; Sachs 2006; Saillour-Glenisson en Michel 2003; Simpson et al., 2005). Het ging in alle gevallen om reviews met een methodologische score van 4,5 of lager, die dus een hoge kans hebben op vertekening van resultaten en conclusies. De review van Cabana et al. (1999) was het meest gedetailleerd en richtte zich op kenmerken van artsen die bepalend zijn voor toepassing van richtlijnen. Uit de review van Cabana kwam onder meer naar voren dat het zich niet bewust zijn van het bestaan van richtlijnen, het zich niet vertrouwd voelen of het niet eens zijn met de richtlijn, het zich niet in staat voelen om de richtlijn toe te passen, lage verwachtingen van artsen en traagheid, frequent gerapporteerde barrières zijn. De uitkomsten van Cabana en collega's sluiten voor een deel aan bij die van Saillour-Glenisson en Michel (2003) en die van Simpson et al. (2005). In deze reviews wordt ook geconcludeerd dat het simpele feit dat artsen soms niet op de hoogte zijn van richtlijnen een belangrijke barrière vormt. Daarnaast worden in drie reviews ook leeftijd en/of ervaring genoemd als beïnvloedende factoren: jongere, minder ervaren artsen zouden meer geneigd zijn om richtlijnen na te leven (Davis en TaylorVaisey, 1997; Saillour-Glenisson en Michel, 2003; Simpson et al., 2005). Voor overige relevante kenmerken van professionals, zie tabel 2.2 (2<sup>e</sup> kolom van rechts).

#### *Kenmerken van patiënten*

Vier reviews met een methodologische lage score van 4,5 of lager op het beoordelingsinstrument van Oxman en Guyatt, beschreven de invloed van patiëntkenmerken (Cabana et al., 1999; Davis en TaylorVaisey, 1997; Saillour-Glenisson en Michel, 2003; Simpson et al., 2005).

De studies noemden slechts een beperkt aantal patiëntkenmerken en/of gingen er niet diep op in. Cabana et al. (1999) benadrukten bijvoorbeeld wel dat kenmerken van patiënten ook mede bepalen of artsen richtlijnen naleven, maar specificeerden niet welke kenmerken dat dan zijn. Davis en TaylorVaisey (1997) noemden onder meer comorbiditeit: bij patiënten met meerdere aandoeningen tegelijkertijd is de kans groter dat richtlijnen niet worden nageleefd. Saillour-Glenisson en Michel (2003) rapporteerden dat onder meer opleidingsniveau van de patiënt en diens sociale omgeving, eventuele weerstanden bij de patiënt en interacties tussen patiënt en arts, de naleving van richtlijnen mede bepalen. Voor overige relevante patiëntkenmerken, zie tabel 2.2.

#### *Omgevingskenmerken*

Zes reviews, ook allemaal met een methodologische score van 4,5 of lager, besteedden aandacht aan omgevingskenmerken (Cabana et al., 1999; Davis en TaylorVaisey, 1997; Sachs 2006; Saillour-Glenisson en Michel, 2003; Simpson et al., 2005; Toohar et al.,

2003).

Relatief veel genoemde omgevingskenmerken die invloed hebben op de implementatie zijn gebrek aan personeel, tijdsgebrek of hoge werkdruk (Cabana et al., 1999; Sachs, 2006; Saillour-Glenisson en Michel, 2003; Simpson et al., 2005). Ook wordt de houding of (gebrek aan) ondersteuning van “peers” of leidinggevenden als een bepalende factor genoemd (Davis en TaylorVaisey, 1997; Sachs, 2006; Saillour-Glenisson en Michel 2003; Toohar et al., 2003). Voor overige omgevingskenmerken, zie tabel 2.2.

Tabel 2.2 Kenmerken van de elf reviews

**Nb:** Data-extractie is uitsluitend gedaan voor zover data antwoord gaven op de vraagstelling van de onderhavige meta-review

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p><b>Bauer 2002</b> Doel: bestuderen van studies met kwantitatieve informatie over gebruik van richtlijnen op terrein van ggz. <b>Scope van de richtlijnen:</b> een breed scala aan onderwerpen relevant voor de ggz: o.a. depressie, schizofrenie en verslaving. Of het mono- of multidisciplinaire richtlijnen zijn blijft onduidelijk.</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 41 studies (cross-sectionele, pretest posttest studies of CCTs). <b>Searches in:</b> Medline, Cochrane controlled clinical trials database (tot 2000), referentielijsten en referenties gekregen van collega's. <b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja <b>Inclusiecriteria:</b> Engelstalige studies over gebruik van ggz-richtlijnen, gerapporteerd in % patiënten dat zorg ontving volgens de richtlijn of % zorgverleners dat zorg leverde/rapporteerde conform de richtlijn. <b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee. <b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee. <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 3.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b> - Meervoudige en intensieve implementatiestrategieën, waarbij ook aandacht uitgaat naar organisatieverandering of nieuwe hulpbronnen (bijvoorbeeld extra consultaties of case management) lijken het meest succesvol. - Instructies over een specifiek onderwerp door een deskundige tijdens een bezoek aan een zorgverlener ("Academic detailing"), andere korte educatieve interventies of feedback zijn als zij de enige interventie zijn, niet voldoende effectief.</p>	<p>Meervoudige en intensieve implementatiestrategieën bevorderen gebruik van ggz-richtlijnen.</p>
<p><b>Cabana et al. 1999</b> <b>Doel:</b> overzicht geven van barrières in toepassing van richtlijnen door artsen. <b>Scope van de richtlijnen:</b> een breed scala aan onderwerpen, bijv. inenting en allerlei preventieve en curatieve medische behandelingen. Of het mono- of</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 76 publicaties over 120 surveys en 5 kwalitatieve studies. <b>Searches in:</b> Medline, Eric en Healthstar (tot 1998), referentielijsten, tekstboeken en referenties verstrekt door experts. <b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja <b>Inclusiecriteria:</b> Engelstalige publicaties over de naleving van klinische of andere richtlijnen of aanbevelingen (bijv. beleidsaanbevelingen) die ten minste 1 barrière in de toepassing beschrijven.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b> - In de betreffende surveys gaf ten minste 10% van de respondenten aan dat richtlijnen niet gemakkelijk te gebruiken waren, niet handig, log of verwarrend. <b>Kenmerken van professionals:</b> - Niet bewust van bestaan richtlijn: in 78% van de betreffende surveys was ten minste 10% van de respondenten (veelal artsen) zich niet bewust van de richtlijn. - Niet vertrouwd met richtlijn: in 90% van de betreffende surveys was ten minste 10% van de respondenten niet vertrouwd met de aanbevelingen in de richtlijn.</p>	<p>Er zijn veel barrières die toepassing van richtlijnen in de weg kunnen staan. Barrières in de ene setting zijn soms echter niet van toepassing op barrières in een andere setting.</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p>multidisciplinaire richtlijnen zijn blijft onduidelijk.</p>	<p><b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> 1 onderzoeker screende titels, vervolgens selecteerden 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar op basis van gehele tekst.</p> <p><b>Beoordeling meth.kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee.</p> <p><b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 4,5.</p>	<p>- Niet eens zijn met richtlijn: in 62% van de betreffende surveys rapporteerde ten minste 10% van de respondenten het niet eens te zijn met een specifieke richtlijn.</p> <p>- Gebrek aan “self-efficacy” (het idee dat men zelf in staat is iets toe te passen): in 79% van de betreffende surveys rapporteerde ten minste 10% van de respondenten een gebrek aan self-efficacy.</p> <p>- Lage verwachtingen: in 7 van de 8 betreffende surveys, rapporteerden ten minste 10% van de respondenten niet veel te verwachten van de resultaten van toepassing van een richtlijn. Gebrek aan optimistische verwachting ten aanzien van een bepaalde richtlijn werd ook in 1 van de geïncludeerde kwalitatieve studies genoemd</p> <p>- Traagheid: in alle betreffende surveys rapporteerde meer dan 10% van de respondenten hun eigen traagheid om aanbevelingen in de praktijk op te nemen als struikelblok.</p> <p><b>Kenmerken van patiënten:</b></p> <p>- In alle betreffende surveys gaf ten minste 10% van de respondenten aan bepaalde kenmerken van patiënten (niet nader gespecificeerd welke) als een barrière voor gebruik van richtlijnen te zien. Het belang van patiëntenkenmerken wordt ook benadrukt door 4 van de 5 kwalitatieve studies.</p> <p><b>Omgevingskenmerken:</b></p> <p>- In alle betreffende surveys gaf ten minste 10% aan dat omgevingsfactoren (kenmerken van de organisatie, beschikbaar personeel, tijd e.d.) een struikelblok waren om de richtlijn te volgen. Tijdgebrek wordt ook in 4 van de 5 geïncludeerde kwalitatieve studies genoemd.</p>	
<p><b>Davis &amp; TaylorVaisey 1997</b></p> <p><b>Doel:</b> aanbevelingen geven over effectieve implementatiestrategieën.</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> onduidelijk aantal studies (in de referentielijst zijn 61 publicaties genoemd, maar die zijn niet allemaal geïncludeerd). In de beschrijving gaat meeste aandacht uit naar RCTs en (andere) studies die praktijkgedrag van artsen of gezondheidsmaten beschrijven.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <p>- Zwakke strategieën met weinig of geen effect op praktijkgedrag of patiëntenuitkomsten zijn: lezingen (bijv. op congressen of seminars) en schriftelijke informatie.</p> <p>- Middelmatig effectieve strategieën zijn: audit en feedback door peers of deskundigen met aanzien en die gericht zijn op specifieke</p>	<p>Verschillende implementatiestrategieën hebben uiteenlopende effecten (van weinig effect tot relatief veel effect).</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p><b>Scope van de richtlijnen:</b> een breed scala aan onderwerpen (bijv. diabetes, allerlei preventieve maatregelen, stoppen met roken, depressie). Of het mono- of multidisciplinaire richtlijnen zijn blijft onduidelijk.</p>	<p><b>Searches in:</b> Medline, Research and Development Resource Base in Continuing Medical Education (tot Juni 1996).  <b>Zoektermen en combinaties genoemd:</b> ja  <b>Inclusiecriteria:</b> studies die praktijkgedrag van artsen of gezondheidsmaten beschrijven (onduidelijk of uitsluitend Engelstalige studies in aanmerking kwamen voor inclusie).  <b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> niet genoemd.  <b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee.  <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 1,5.</p>	<p>zorgverleners. Audit en feedback zijn het meest effectief als ze gelijktijdig worden gegeven.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterke strategieën zijn: reminders (bij voorkeur gekoppeld aan specifieke patiënten), instructies over een specifiek onderwerp door een deskundige tijdens een bezoek aan een zorgverlener (=“academic detailing”) en meervoudige strategieën.</li> <li>- Soms zijn enkelvoudige strategieën (bijv. Informatiemateriaal of reminders) ook effectief, maar strategieën met 2 of meer componenten blijken meer effect te hebben.</li> <li>- Complexiteit, zichtbaarheid en testbaarheid: richtlijnen met aanbevelingen die weinig gecompliceerd zijn, die zichtbare resultaten opleveren en die door de zorgverleners op kleine schaal uitprobeerbaar kunnen worden, worden eerder nageleefd.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van professionals:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leeftijd: jongere artsen lijken meer geneigd om richtlijnen toe te passen. Mogelijk speelt land van herkomst ook een rol.</li> <li>- Ingesleten gewoonten of gebruiken staan soms toepassing in de weg.</li> <li>- Betrokkenheid bij de ontwikkeling: of artsen betrokken zijn bij de ontwikkeling van hun eigen richtlijn zou geen invloed hebben op gebruik van de richtlijnen.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van patiënten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-morbiditeit: lijkt grotere kans te geven op gebrekkige naleving van richtlijnen.</li> </ul> <p><b>Omgevingskenmerken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Efficiency)problemen in de organisatie: bijv. de weerstand van artsen om patiënten in weekenden te ontslaan belemmert soms toepassing richtlijnen.</li> <li>- Opvattingen van “peers” of sociale normen binnen werkomgeving zijn van invloed.</li> <li>- Wettelijke verplichtingen, accreditering door (beroeps)organisaties of financiële prikkels (bijv. financiële compensatie als men bepaalde procedures uitvoert) kunnen gebruik bevorderen.</li> </ul>	

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p><b>Grimshaw et al. 2004 and 2006.</b>  <b>Doel:</b> vergelijken van effecten van verschillende verspreidings- en implementatiestrategieën.  <b>Scope van de richtlijnen:</b> onderwerpen zijn bijv. behandeling van allerlei gezondheidsproblemen, medicatie voorschrijven, preventieve zorg en voorlichting. Of het mono- of multidisciplinaire richtlijnen zijn blijft onduidelijk.</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 235 kwantitatieve studies met een design zoals genoemd onder inclusiecriteria.  <b>Searches in:</b> Medline, Cochrane Controlled Trial Register, Embase, Healthstar (voorgaande allen tot 1998), Sigle (tot 1988) and in specialised register of EPOC group.  <b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja  <b>Inclusiecriteria:</b> alleen RCT's, CCT's, designs met controlegroep en voor- en nametingen en interrupted time serie designs zijn geïncludeerd, die betrekking hadden op medische professionals en die als uitkomstmaten gedrag van professional of patiëntenuitkomsten hadden. Niet alleen Engelstalige, maar ook anderstalige studies kwamen voor inclusie in aanmerking.  <b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> 2 onderzoekers bestudeerden de searches, maar het is onduidelijk of zij dat onafhankelijk deden.  <b>Beoordeling meth.kwaliteit geïncludeerde studies:</b> 2 reviewers beschreven onafhankelijk van elkaar methodologische kenmerken van geïncludeerde studies.  <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 7.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b>  <i>Gecombineerde strategieën:</i>  - Gecombineerde implementatiestrategieën waarin ook educatieve interventies zijn opgenomen kunnen een matig effect hebben op het feitelijke gebruik van de richtlijn.  - De combinatie van educatief materiaal en educatieve bijeenkomsten kan, in het gunstigste geval, enig effect hebben op de implementatie van de richtlijn. Het bewijs hiervoor is echter gering en van slechte kwaliteit.  - Combinaties van "reminders" en patiëntgerichte interventies hebben een matig effect.  - Educatief materiaal, educatieve bijeenkomsten, gecombineerde audit en feedback kunnen een klein effect hebben op de implementatie van de richtlijn.  - Educatief materiaal, educatieve bijeenkomsten en interventies op organisatieniveau kunnen, in het gunstigste geval, een klein effect hebben op de implementatie van de richtlijn.  - Educatieve (mondelinge) ondersteuning blijkt effectiever te zijn dan educatieve materialen.  - De combinatie van educatieve materialen en reminders blijken effectiever dan uitsluitend educatieve materialen.  - De combinatie van educatieve materialen, educatieve bijeenkomsten en reminders blijken effectiever dan enkel educatief materiaal en educatieve bijeenkomsten.  <i>Enkelvoudige strategieën:</i>  - Educatief materiaal heeft een bescheiden effect hebben op de implementatie van de richtlijn. Het bewijs hiervoor is echter gering en van slechte kwaliteit.  - Audit en feedback kunnen een bescheiden effect hebben op implementatie van de richtlijn.  - Implementatiestrategieën waar patiënten bij betrokken zijn kunnen resulteren in matige tot grote verbeteringen in prestaties, vooral</p>	<p>Er is beperkte evidentie over welke strategieën onder welke omstandigheden effectief zijn.</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
		<p>wanneer deze gericht zijn op preventieve dienstverlening.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reminders hebben een bescheiden effect op implementatie van de richtlijn.</li> </ul> <p><i>Vergelijking effectiviteit meervoudige versus enkelvoudige strategieën:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meervoudige strategieën <i>niet</i> effectiever dan enkelvoudige interventies.</li> <li>- Effect van richtlijnen <i>niet</i> groter als strategieën meer componenten hebben.</li> </ul>	
<p><b>Grilli &amp; Lomas 1994</b>  <b>Doel:</b> inzicht krijgen in relatie tussen kenmerken van richtlijnen en naleving daarvan.  <b>Scope van de richtlijnen:</b> onderwerpen betreffen diagnostiek of behandeling op terreinen van cardiologie, oncologie, preventieve gezondheidszorg, tandheelkunde, obstetrie en gynaecologie. Of het mono- of multidisciplinaire richtlijnen zijn blijft onduidelijk.</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 23 kwantitatieve studies (bij studies met voor- en nametingen werd uitsluitend gekeken naar nameting).  <b>Searches in:</b> Medline, referentielijsten en bibliografieën (tot 1991) en in referenties verkregen via persoonlijke contacten.  <b>Zoektermen en combinaties:</b> wel zoektermen genoemd, maar niet hoe ze zijn gecombineerd  <b>Inclusiecriteria:</b> Engelstalige studies die gegevens bevatten over naleving van richtlijnen die erkend zijn door officiële organisaties.  <b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee.  <b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee.  <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 3,5.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onderwerp: richtlijnen over cardiovasculaire of oncologische aandoeningen worden beter nageleefd dan richtlijnen over tandheelkunde, preventieve behandelingen, obstetrie en gynaecologie.</li> <li>- Complexiteit (mate waarin een procedure moeilijk te begrijpen of te realiseren is): hoog complexe richtlijnen worden minder nageleefd dan weinig complexe richtlijnen.</li> <li>- Mate waarin procedures uit richtlijnen op kleine schaal kunnen worden uitgetest heeft ook invloed op naleving.</li> <li>- Zichtbaarheid (mate waarin resultaten van procedures uit richtlijnen zichtbaar zijn) heeft geen significante invloed.</li> <li>- Tijd die verstreken is sinds verschijnen richtlijn heeft geen significante relatie met naleving.</li> <li>- Type procedure in richtlijn heeft ook geen significante samenhang met naleving richtlijnen.</li> </ul>	<p>Onderwerp, complexiteit en “testbaarheid” van richtlijnen lijken voorspellers te zijn van naleving van richtlijnen.</p>
<p><b>Gross &amp; Pujat 2001</b>  <b>Doel:</b> inzicht krijgen in welke implementatiestrategieën uitkomsten van antibiotica beïnvloeden.</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 40 kwantitatieve studies (RCTs, CCTs, pretest posttest studies)  <b>Searches in:</b> Medline, Cochrane database (tot december 2000).  <b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> wel zoektermen genoemd, maar niet in alle gevallen hoe ze zijn gecombineerd.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veel voorkomende en vaak gecombineerde succesvolle strategieën bij richtlijnen over antibiotica zijn: instructies door een deskundige tijdens een bezoek aan een zorgverlener (“academic detailing”), aanpassing van richtlijn aan plaatselijke situatie, kleinschalige bijeenkomsten, schriftelijk feedback en computer-ondersteunde implementatie.</li> </ul>	<p>Hoewel sommige enkelvoudige strategieën ook bruikbaar lijken, zijn meervoudige strategieën het meest succesvol bij richtlijnen over antibiotica.</p>



Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p><b>Scope van de richtlijnen:</b> onderwerpen zijn gebruik antibiotica bij veel voorkomende infecties (bijv. oorontsteking, urineweginfecties, postoperatieve wondinfecties e.d). Op basis van de beschrijving van de implementatiestrategieën blijkt dat ten minste een deel van de richtlijnen zich richt op meerdere disciplines (artsen, verpleegkundigen e.a.).</p>	<p><b>Inclusiecriteria:</b> Engelstalige studies over systematisch ontwikkelde nationale of lokale richtlijnen over antibiotica en daaraan gerelateerde uitkomsten.  <b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee.  <b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee.  <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meervoudige strategieën zijn vaker succesvol, ook al is onduidelijk welke elementen verantwoordelijk zijn voor succes.</li> <li>- Meervoudige educatieve interventies zijn vooral effectief als ze een interactieve component hebben.</li> <li>- Uitsluitend educatieve brochures of educatieve programma's gebruiken lijkt weinig effectief.</li> <li>- Verspreiding van richtlijnen is alleen bruikbaar wanneer het gecombineerd wordt met uitgebreide "media support" en andere educatieve methoden.</li> <li>- Computer-ondersteunde implementatie lijkt effectief wanneer daarbij geautomatiseerde patiëntendossiers zijn betrokken en de arts ook opdrachten geeft via de computer.</li> <li>- Betrekken van relevante andere disciplines (bijv. verpleegkundigen of apothekers) bevordert implementatie van richtlijnen. Dergelijke zorgverleners zouden kunnen bijdragen aan de implementatie, zodat de arts meer tijd heeft om zich te richten op de details van de richtlijn.</li> </ul>	
<p><b>Sachs 2006</b>  <b>Doel:</b> evidentie nagaan van factoren die de implementatie van richtlijnen in de verpleegkundige praktijk beïnvloeden.  <b>Scope van de richtlijnen:</b> onderwerpen zijn bijv. pre- en postoperatieve zorg, dermatologische zorg, decubitus, mondverzorging e.a.. Een deel van de richtlijnen is uitsluitend gericht op verpleegkundigen, bij een</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 15 studies, waarvan er 3 met een posttest only design, 6 een pretest posttest design en er 5 RCTs of CCTs zijn. Verder is 1 systematische review meegenomen.  <b>Searches in:</b> Medline, Cochrane Library en enkele Duitse catalogi en in referentielijsten van geselecteerde publicaties. Zoekperiode niet genoemd.  <b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja  <b>Inclusiecriteria:</b> Engels- of Duitstalige studies over lokale, regionale of landelijke richtlijnen of vergelijkbare instrumenten, waarbij verpleegkundigen als doelgroep zijn genoemd en die bruikbare uitspraken doen over 1 of meer implementatiestrategieën.  <b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname van eindgebruikers en ook van deskundigen aan ontwikkelingsproces hangt samen met succesvolle implementatie naderhand.</li> <li>- Gebrekkige documentatie rondom richtlijn lijkt negatieve invloed te hebben.</li> <li>- Een aan de invoering van richtlijn voorafgaande systematisch analyse van de uitgangssituatie heeft positieve invloed.</li> <li>- Educatieve interventies en actieve implementatiestrategieën (bijv. uitbreiding van het takenpakket van de gebruikers, betrekken van deskundigen en patiëntspecifieke opdrachten bij verzorging) hebben een groter effect dan uitsluitend verspreiden/publiceren van richtlijnen.</li> <li>- Meervoudige strategieën die bijv. individuele instructie, feedback en reminders combineren, zijn effectiever dan wanneer strategieën afzonderlijk worden geïmplementeerd.</li> <li>- Ook gebruik van andere meervoudige middelen en strategieën</li> </ul>	<p>Ondanks beperkingen van veel van geïncludeerde studies, zijn er aanwijzingen dat effectieve implementatie van richtlijnen voor verpleegkundigen gekenmerkt wordt door actieve betrokkenheid van zorgverleners en door een praktische oriëntatie. Meervoudige strategieën die zich zowel richten op zorgproces als op organisatorische</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p>ander deel zijn ook artsen of andere relevante disciplines betrokken.</p>	<p><b>Beoordeling meth.kwaliteit geïncludeerde studies:</b> ja.  <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 4.</p>	<p>(materiaal met praktische aanwijzingen, posters, scholingsbijeenkomsten en ondersteuning van leidinggevend) maakt kans op implementatiesucces groter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educatieve interventies die actieve en probleemgeoriënteerde methoden gebruiken en die aandacht besteden aan specifieke professionals en hun praktijksituatie zijn vaak effectief.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van professionals:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringe motivatie heeft negatieve invloed.</li> <li>- Openheid ten opzichte van innovaties en eerdere ervaringen met veranderingsprocessen zijn eveneens van invloed.</li> <li>- (On)duidelijkheid van verwachtingen is ook van invloed.</li> </ul> <p><b>Omgevingskenmerken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuning door het management is medebepalend of een richtlijn wordt gebruikt. Ondersteuning houdt bijv. in financiële maatregelen zodat personeel vrijgemaakt kan worden om te participeren in scholingsactiviteiten, beschikbaar stellen van het benodigde materiaal of hulpmiddelen en actieve betrokkenheid van leidinggevend in het veranderingsproces.</li> <li>- Tijd- of personeelsgebrek, veel veranderingen en instabiliteit in de organisatie, veel wisselende aanstellingen van personeel hebben negatieve invloed.</li> </ul>	<p>voorwaarden lijken meest succesvol.  Passieve verspreiding heeft weinig effect.</p>
<p><b>Saillour-Glenisson &amp; Michel 2003</b>  <b>Doel:</b> inzicht krijgen in stimuli en barrières voor naleving door artsen van richtlijnen.  <b>Scope van de richtlijnen:</b> onderwerpen zijn o.a. oncologische behandelingen,</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 30 kwantitatieve studies, 21 kwalitatieve studies en 8 studies met een gecombineerd kwalitatief/kwantitatief design.  <b>Searches in:</b> Medline, Current contents, Cochrane Library, Healthstar (to 2001), bibliografieën en referenties verkregen van experts.  <b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja.  <b>Inclusiecriteria:</b> Engels- of Franstalige studies over stimuli of barrières m.b.t. de naleving van richtlijnen door artsen.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorm en onderwerp van richtlijnen bepalen mede of artsen ze naleven.</li> <li>- Toepasbaarheid (bijv. mate van complexiteit van aanbevelingen en mate waarin toepassing kosten meebrengt) is eveneens van invloed op naleving van richtlijnen.</li> <li>- Wetenschappelijke basis: richtlijnen die evidence-based zijn maken meer kans op naleving.</li> <li>- Zichtbaarheid (mate waarin resultaten van een procedure zichtbaar zijn) lijken eveneens van belang.</li> <li>- Mate waarin procedures uit richtlijnen op kleine schaal kunnen</li> </ul>	<p>Er zijn veel verschillende stimuli en barrières voor naleving richtlijnen. Interpretatie wordt belemmerd door afwezigheid van theoretisch kader.</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p>behandeling van allerlei chronische ziekten, hoge bloeddruk, alcoholisme en allerlei preventieve of diagnostische interventies. Een deel van de richtlijnen richt zich behalve op artsen ook op verpleegkundigen of managers.</p>	<p><b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee.  <b>Beoordeling meth.kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee.  <b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 2,5.</p>	<p>worden uitgetest heeft ook invloed op naleving</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevante wet- en regelgeving heeft eveneens invloed op naleving.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mate waarin artsen op de hoogte zijn en het eens zijn met richtlijn is mede bepalend voor naleving.</li> <li>- Ook psychologische kenmerken (bijv. self-efficacy en perfectionistische instelling), evenals sociodemografische (o.a. leeftijd), inkomen, opleiding en ervaring als arts bepalen mede naleving van richtlijnen.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van patiënten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maatschappelijke kenmerken van patiënten (bijv. opleidingsniveau, sociale netwerk ), evenals de attitude (weerstand) en de interactie tussen patiënt-arts zijn medebepalend voor naleving richtlijnen door artsen.</li> </ul> <p><b>Omgevingskenmerken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenmerken van structuur van het werk (bijv. of men op platteland of in stad werkt of men in een matschap werkt, nacht- of dagdiensten draait e.d.) zijn ook van invloed op naleving.</li> <li>- Financiering/vergoedingssysteem: hoe en of verrichtingen uit richtlijnen vergoed worden is eveneens medebepalend. Interne organisatorische omgeving.</li> <li>- Voldoende hulpmiddelen om richtlijnen te kunnen toepassen zijn eveneens van invloed.</li> <li>- Werkkenmerken als ervaren flexibiliteit, werkdruk, omgang met collega's zijn ook medebepalend.</li> <li>- Bevoegdheden en houding van personeel zijn eveneens medebepalend voor naleving richtlijnen.</li> </ul>	
<p><b>Simpson et al. 2005</b>  <b>Doel:</b> inzicht krijgen in effecten van pneumonierichtlijnen op zorgprocessen en –</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 6 gecontroleerde studies die aanluiten bij onderstaande inclusiecriteria.  <b>Searches in:</b> Medline (tot Juli 2004) en in referentielijsten en artikelen die (deels) verkregen zijn van experts.</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexiteit, beperkte gebruiksvriendelijkheid en beperkte toegankelijkheid belemmeren naleving van pneumonierichtlijnen.</li> </ul> <p>Middelen voor computergestuurde besluitvorming en kritische paden zijn methoden om complexe richtlijnen te vereenvoudigen</p>	<p>Veel verschillende barrières, op niveaus van patiënt, arts en gezondheidszorg-systeem spelen een rol</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p>uitkomsten.</p> <p><b>Scope van de richtlijnen:</b> behandeling van pneumonie. Een deel van de richtlijnen richt zich behalve op artsen ook op verpleegkundigen of andere relevante disciplines.</p>	<p><b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja.</p> <p><b>Inclusiecriteria:</b> Engelstalige pretest posttest studies met controlegroep, time series studies of RCTs, die ingaan op barrières in naleving van pneumonierichtlijnen. Deze studies werden aangevuld met systematische reviews over naleving van richtlijnen in het algemeen.</p> <p><b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee.</p> <p><b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> nee, maar de reviewers hanteerden wel strikte methodologische inclusiecriteria (zie boven).</p> <p><b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 3,5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebrekkige overeenstemming tussen verschillende richtlijnen is eveneens een barrière.</li> <li>- Wanneer er geen plaatselijke eigenaars van de richtlijn zijn aangewezen, en er geen gebruik is gemaakt van reminders kan naleving ook beperkt worden.</li> <li>- Aanhoudende begeleiding in de vorm van reminders (bijv. in de vorm van voorgedrukte opdrachten) en de inzet van verpleegkundigen of andere niet-medici die de aanbevelingen uitwerken kunnen potentiële barrières bij artsen verminderen.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van professionals:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet op de hoogte zijn van richtlijnen of het er niet mee eens zijn barrières voor gebruik van richtlijnen door artsen.</li> <li>- Ook conservatieve attitudes vormen een barrière.</li> <li>- Ervaring: minder ervaren artsen zijn eerder geneigd om richtlijnen toe te passen.</li> <li>- Wettelijke bepalingen kunnen ook een reden zijn om richtlijnen toe te passen.</li> </ul> <p><b>Kenmerken van patiënten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leeftijd: bij oudere patiënten (65+) is de kans kleiner dat pneumonierichtlijnen door artsen worden toegepast.</li> <li>- Ernstige pneumonie en co-morbiditeit vormen ook barrières bij toepassing.</li> <li>- Niet-medische factoren (bijv. verwachtingen van patiënten, sociaal netwerk, verzekeringsstatus, betrouwbaarheid en situatie na ontslag uit ziekenhuis) spelen een rol bij naleving van pneumonierichtlijnen door artsen.</li> </ul> <p><b>Omgevingskenmerken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebrek aan tijd, personeel en middelen, evenals een hoge werklast vormen barrières voor naleving van richtlijnen.</li> </ul>	<p>bij de naleving door artsen van pneumonierichtlijnen.</p>
<p><b>Thomas et al. 1999</b></p> <p><b>Doel:</b> inzicht krijgen in de effecten van</p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 18 studies (RCTs, CCTs, pretest posttest studies of interrupted time series studies).</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <p>Drie van de 18 geïncludeerde studies vergelijken verschillende implementatiestrategieën rondom richtlijnen voor verpleegkundigen</p>	<p>Er is onvoldoende wetenschappelijk inzicht in de verschillen tussen</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p>implementatie van richtlijnen voor verpleegkundigen, verloskundigen of paramedici.</p> <p><b>Scope van de richtlijnen:</b> onderwerpen betreffend bijv. verzorging van urine katheters, vaccinaties, zorg bij hoge bloeddruk, lage rugpijn, voeding e.d.. Alle richtlijnen richten zich op verpleegkundigen, verloskundigen of paramedici. Een deel richt zich daarnaast ook op artsen.</p>	<p><b>Searches in:</b> Medline, Cinahl, Cochrane EPOC Group specialised register, DARE , DHSS-Data, EMBASE, NHS Economic Evaluations Database en Sigle, (allen tot 1996), referentielijsten en referenties verkregen van experts.</p> <p><b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja.</p> <p><b>Inclusiecriteria:</b> RCTs, CCTs, pretest posttest studies en interrupted time series studies, over 1 van de volgende vergelijkingen: 1. richtlijnen en implementatiestrategieën versus geen richtlijnen; 2. richtlijnen en implementatiestrategieën versus richtlijnen en alternatieve implementatiestrategieën; 3. richtlijnen gebruikt door niet-medici versus standaard medische zorg. (onduidelijk of uitsluitend Engelstalige studies in aanmerking kwamen voor inclusie).</p> <p><b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> 2 reviewers beoordeelden onafhankelijk van elkaar of studies in aanmerking kwamen voor inclusie.</p> <p><b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> diverse methodologische kenmerken van de studies (o.a. design, randomisatie procedures, blinding e.a.) worden beschreven, maar geen echte 'beoordeling'.</p> <p><b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 5,5.</p>	<p>(bijv. combinatie van richtlijn verspreiden, lezingen en inzet van "opinieleiders", vergelijken met andere combinaties). Thomas et al. komen niet tot eenduidige resultaten en uitspraken, omdat de betreffende drie studies een kleine steekproef hebben of te kampen hebben met "unit of analysis" fouten.</p>	<p>verschillende implementatiestrategieën bij richtlijnen gericht op verpleegkundigen.</p>
<p><b>Tooher et al., 2003</b></p> <p><b>Doel:</b> inzicht krijgen in hoe decubitusrichtlijnen het best geïmplementeerd kunnen worden.</p> <p><b>Scope van de richtlijnen:</b></p>	<p><b>Studies geïncludeerd:</b> 20 studies (meestal pretest posttest studies).</p> <p><b>Searches in:</b> Medline, Current Contents, Cochrane Controlled Trials Register and Database of Systematic Reviews, DARE; Health Technology Assessment Database, NHS</p>	<p><b>Kenmerken van richtlijnen of strategieën:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerichte informatie en documentatie, scholingsbijeenkomsten, actief monitoren van naleving richtlijnen lijken effectief bij implementatie van decubitusrichtlijnen.</li> <li>- Passieve verspreiding zonder educatieve ondersteuning is minder succesvol.</li> </ul>	<p>Actieve strategieën geven betere uitkomsten dan passieve verspreiding van decubitusrichtlijnen.</p> <p>Gerichte</p>

Referenties, doel en scope	Methodologische kenmerken	Beïnvloedende factoren bij implementatie	Conclusies in de review
<p>onderwerpen zijn preventie en behandeling van decubitus. De richtlijnen richten zich vaak op verpleegkundigen, vaak in combinatie andere relevante disciplines (bijv. artsen, paramedici, beleidsmakers, managers).</p>	<p>Economic Evaluation Database; UK National Research register, National Institute of Health Clinical Trials Database (allen tot begin, medio of eind 2002).</p> <p><b>Zoektermen en combinaties beschreven:</b> ja (middels verwijzing naar website <a href="http://www.nicls.com.au">www.nicls.com.au</a>).</p> <p><b>Inclusiecriteria:</b> studies die informatie moesten bevatten over uitkomsten van zorg, zorgprocessen, veranderingsprocessen of over gebruik van hulpmiddelen en kosten. Niet-Engelstalige studies werden geëxcludeerd, tenzij op basis van het abstract de indruk bestond dat zij iets toevoegden aan de reeds gevonden Engelstalige studies.</p> <p><b>Maatregelen voor reductie selectiebias:</b> nee.</p> <p><b>Beoordeling meth. kwaliteit geïncludeerde studies:</b> er zijn standaardcriteria gebruikt om “level of evidence” van studies te beoordelen. Er was verder geen sprake van formele methodologische beoordeling.</p> <p><b>Totaalscore review op instr. Oxman &amp; Guyatt:</b> 3,5.</p>	<p>- Gebruik van computer-ondersteunde materialen voor besluitvorming heeft geen effect op kennis en besluitvorming t.a.v. naleving richtlijnen.</p> <p>- Meervoudige implementatie strategieën die instellingbreed worden ingevoerd lijken ook effect te hebben op lange termijn.</p> <p><b>Omgevingskenmerken:</b></p> <p>- Ondersteuning van leidinggevenden en vanuit organisatie is stimulus.</p>	<p>scholingsinterventies komen veel voor in studies met positieve uitkomsten. Een andere voorzichtige conclusie is dat hoe meer verscheiden en hoe breder de implementatiestrategieën, des te meer effect ze hebben.</p>

## 2.4 Conclusies en discussie

Deze meta-review beschrijft factoren die in negatief of positief opzicht de implementatie van richtlijnen beïnvloeden. In de bestudeerde reviews gaat relatief veel aandacht uit naar de invloed van factoren uit de categorie “Kenmerken van de richtlijnen of strategieën”. De meeste reviews wijzen in de richting dat effectieve implementatiestrategieën vaak meerdere componenten hebben en dat het gebruik van een enkelvoudige strategie (bijvoorbeeld uitsluitend reminders of een educatieve interventie) minder effectief is dan een combinatie van strategieën. Lastig bij de interpretatie is echter dat een review met zeer hoge methodologische score (en dus weinig kans op vertekening van resultaten en conclusies) juist niet in die richting wijst en geen verband vindt tussen het aantal componenten in implementatiestrategieën en de effectiviteit daarvan (Grimshaw et al. 2004 en 2006). Een mogelijke verklaring voor dit verschil in uitkomsten is dat de soorten richtlijnen waar men het over heeft (qua onderwerpen en qua doelgroepen) niet in alle studies hetzelfde zijn. Een andere verklaring voor het verschil in uitkomsten kan zijn dat Grimshaw et al. (2004 en 2006) verder zijn gegaan in hun analyses van achterliggende studies dan de andere reviewers. Grimshaw en collega’s verrichtten weliswaar geen formele meta-analyse (daar zagen zij vanaf vanwege de heterogeniteit van de studies), maar hebben wel de effect size voor alle vergelijkingen berekend, evenals de effect size voor alle vergelijkingen zonden “unit of analysis errors” en ook het aantal vergelijkingen met statistisch significante effecten.

Tegen de conclusie van Grimshaw et al. spreekt echter dat niet-geïnccludeerde methodologisch sterke reviews die niet alleen focussen op de implementatie van richtlijnen, maar op allerlei soorten interventies gericht op gedragsverandering, ook in de richting wijzen dat meervoudige strategieën effectiever zijn dan enkelvoudige. We doelen daarbij met name op de review van Wensing et al. (1998) die studies naar een breed scala aan interventies in de eerstelijns gezondheidszorg beschreef. De conclusie in die review was dat gecombineerde (en daardoor vaak dure) strategieën met veel verschillende facetten meestal effectiever zijn. Ook een methodologisch sterke meta-review van het NHS Centre for reviews and dissemination (1999) over allerlei interventies gericht op gedragsverandering wijst in de richting dat succesvolle implementatiestrategieën vaak vele facetten hebben.

Onze voorzichtige en voorlopige conclusie is daarom dat meervoudige strategieën waarschijnlijk effectiever zijn dan enkelvoudige. Echter goed opgezet empirisch onderzoek waarin verschillende condities worden onderzocht (combinaties van implementatiestrategieën versus enkelvoudige strategieën is nodig om stilliger uitspraken over dit onderwerp te doen. Dit sluit aan bij bijvoorbeeld Grimshaw et al. (2004 en 2006) en Thomas et al. (2006) die sterk de methodologische beperkingen van tot nu toe verricht onderzoek op dit terrein benadrukken.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat bepaalde kenmerken van professionals mede bepalend zijn voor een succesvolle implementatie. Soms zijn professionals zich niet bewust van het bestaan van een richtlijn, voelen ze zich niet vertrouwd met de inhoud, zijn ze het er niet mee eens of voelen ze zich niet in staat die toe te passen, wat implementatie in de weg staat. Dit ondersteunt de bevinding dat alleen verspreiding van een richtlijn niet genoeg is

en dat er gerichte interventies moeten plaatsvinden om de kennis, vaardigheden en attitudes van professionals positief te beïnvloeden.

Ook kenmerken van patiënten lijken van invloed: bijvoorbeeld co-morbiditeit bij een patiënt lijkt de kans te verlagen dat richtlijnen worden nagevolgd.

Verder kunnen ook omgevingskenmerken positieve of negatieve invloed uitoefenen op de implementatie van richtlijnen: bijvoorbeeld of de zorgverleners bij de toepassing van richtlijnen ondersteund voelen door “peers” of leidinggevend, tijd- en personeelsgebrek en werkdruk kunnen daar een rol bij spelen.

Alle reviews die aan kenmerken van professionals, kenmerken van patiënten en/of omgevingskenmerken aandacht hebben besteed, hebben een lage methodologische score (lager dan 5) waardoor de kans op vertekening van resultaten en conclusies reëel is. Onze conclusies worden echter ondersteund door een uitgebreide systematische review van Fleuren et al. (2004) naar determinanten van innovaties, waaronder het gaan werken volgens een richtlijn. Ook zij concludeerden, op grond van 57 empirische studies, dat er wetenschappelijke evidentie is dat kenmerken van professionals, patiënten en de omgeving van invloed zijn op het met succes teweeg brengen van veranderingen. Een Delphi-onderzoek waar de determinanten nog eens voorgelegd werden aan Nederlandse deskundigen bevestigde de uitkomsten van de review.

Over de factoren die van invloed zijn op een snelle en efficiënte *ontwikkeling* van richtlijnen (bijvoorbeeld wel/geen betrokkenheid van meerdere disciplines, zorgvragers of zorgverzekeraars) hebben we weinig informatie gevonden in de bestudeerde reviews. Dit lijkt nog een onontgonnen onderzoeksterrein, te meer omdat we geen aanwijzingen hebben dat in “losse” empirische studies wel al ruime aandacht aan dit onderwerp is besteed. Het feit dat de volgende hoofdstukken hier wel aandacht aan besteden (op basis van ondervraging van ontwikkelaars en gebruikers van richtlijnen), speelt dus in op een hiaat.

Opvallend is dat in de achterliggende reviews vaak niet expliciet werd genoemd of de richtlijnen multidisciplinair of monodisciplinair waren en over eventuele inbreng van patiënten bij het ontwikkelings- of implementatieproces helemaal niets terug was te vinden. Ook is opvallend dat waar veel van de bestudeerde reviews een breed scala aan implementatiestrategieën noemen, daarbij nooit wordt gerefereerd aan het gebruik van kwaliteitsindicatoren als middel om implementatie te bevorderen. Dit zal samenhangen met het feit dat het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsindicatoren afgeleid van richtlijnen een relatief nieuwe ontwikkeling is. Ook in dit opzicht speelt het onderzoek uit de volgende hoofdstukken in op een hiaat; in de ondervraging van ontwikkelaars en gebruikers is het thema “kwaliteitsindicatoren” namelijk wel regelmatig aan bod gekomen.

Tot slot nog enige reflecties over de methodologische beoordeling van de geïncludeerde reviews: negen van de elf reviews scoorden lager dan 5 op het gehanteerde beoordelingsinstrument, wat impliceerde dat die studies “extensive” of “major flaws” hadden. In eerste instantie hebben we overwogen om deze reviews met een hoge kans op vertekening, niet mee te nemen in de meta-review. Een dergelijke beslissing zou echter hebben betekend dat we een zeer beperkt aantal studies zouden overhouden. Mede omdat



we een volledig overzicht wilden bieden van bestaand relevant onderzoek, hebben we uiteindelijk besloten alle relevante reviewstudies te includeren, waarbij we bij de presentatie van resultaten en conclusies wel steeds de methodologische beoordeling mee hebben laten wegen.



## 3 Verbreding en vernieuwing: ervaringen en wensen van kennisinstituten

### 3.1 Inleiding

In de afgelopen jaren zijn er in de gezondheidszorg al veel richtlijnen<sup>1</sup> ontwikkeld en geïmplementeerd. In dit hoofdstuk worden onderzoeksvraag 2 en 3 beantwoord, vanuit het perspectief van kennisinstituten op het gebied van de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen. Deze onderzoeksvragen zijn:

- 2 *Welke positieve en negatieve ervaringen hebben kennisinstituten en andere relevante organisaties in Nederland opgedaan met de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?*
- 3 *Wat zijn de wensen en verwachtingen van kennisinstituten en andere relevante organisaties ten aanzien van vernieuwing en verbreding van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?*

### 3.2 Methode

#### 3.2.1 Geïnterviewden

In overleg met ZonMw is een lijst opgesteld van zeven instellingen die in deze fase van het onderzoek geïnterviewd zouden worden (tabel 3.1). Omdat de interviews zowel de ontwikkeling als implementatie van richtlijnen betroffen en kennis hierover wellicht verspreid is over meerdere personen, waren het meestal (groeps)interviews met twee of drie vertegenwoordigers van een instituut. De geïnterviewde personen hadden allemaal al langere tijd ervaring met meerdere richtlijnen en kunnen dus gezien worden als deskundigen op het terrein van richtlijnontwikkeling en –implementatie in verschillende sectoren van de gezondheidszorg (zie tabel 3.2).

---

<sup>1</sup> In de jeugdgezondheidszorg en bij de huisartsen worden geen richtlijnen maar standaarden gemaakt. Vanwege de leesbaarheid wordt in de tekst overal de term 'richtlijn' gehanteerd.

Tabel 3.1 Instellingen/organisaties en aantal geïnterviewde personen

<b>Instelling</b>	<b>Aantal geïnterviewden</b>
CBO	1
TNO	2
VIKC	3
Trimbos instituut	1
LEVV	2
NHG	3
KWAZO	2

Tabel 3.2 Multidisciplinaire richtlijnen die door de instellingen/organisaties (mede) ontwikkeld zijn

<b>Instelling</b>	<b>Ervaring met richtlijnen+ veld</b>	<b>Ervaring met multidisciplinair samengestelde werkgroepen?</b>	<b>Ervaring met richtlijnen waarvan de beoogde gebruikersgroep bestaat uit meerdere disciplines?</b>
CBO	Richtlijnen op veel gebieden van de gezondheidszorg.	Ja	Ja
TNO	Standaarden gericht op preventie en vroegtijdige opsporing van aandoeningen bij 0-19 jarigen in de jeugdgezondheidszorg.	Ja	Artsen, verpleegkundigen en assistenten.
VIKC	Richtlijnen op het gebied van oncologie. Er zijn zowel tumorgebonden als niet-tumorgebonden richtlijnen.	Ja	Ja
Trimbos instituut	Richtlijnen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.	Ja	Ja
LEVV	Enkele richtlijnen ontwikkeld relevant voor verpleging en verzorging.	ja	Vooral gericht op verpleegkundigen en verzorgenden. Recente ervaring met richtlijn voor verpleegkundigen en onder andere medisch specialisten.
NHG	Standaarden op het gebied van huisartsgeneeskunde.	Ja	Vooral gericht op huisartsen. Ervaring met een richtlijn voor huisartsen en medisch specialisten. Daarnaast landelijke transmurale afspraken (LTA's) tussen huisartsen en medisch specialisten en landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's) tussen huisartsen en andere professionals in de eerstelijns.
KWAZO	In verleden betrokken geweest bij procesevaluaties van ontwikkeling en gebruik van richtlijnen.	n.v.t.	n.v.t.

### 3.2.2 Interviewvragen

De interviews waren kwalitatief van aard. Er werden vier uitgangsvragen gesteld:

#### *T.a.v. de aanpak richtlijnontwikkeling*

1. U hebt ervaring met de ontwikkeling en/of implementatie van brede multidisciplinaire richtlijnen. Kunt u aangeven wat daarbij goed ging en minder goed ging? En waarom?
2. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor de toekomst als het gaat om verbreding en vernieuwing van het ontwikkelings- en implementatietraject?

#### *T.a.v. de kwaliteitsinstrumenten*

3. Zijn er op basis van de multidisciplinaire richtlijn kwaliteitsinstrumenten en indicatoren ontwikkeld om ervoor te zorgen dat de richtlijn werkelijk gebruikt ging worden? Zo ja, welke? En werkte dat in de praktijk ook goed?
4. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor in de toekomst als het gaat om verbreding en vernieuwing van het ontwikkelings- en implementatietraject?

Het eerste deel van het interview (hoofdvraag 1 en 2) betrof de ontwikkeling van de richtlijnen. Gestart werd met de reeds opgedane ervaringen (retrospectief), van waaruit gekeken werd naar de toekomst (prospectief). Het tweede deel van het interview betrof de kwaliteitsinstrumenten. Ook hier werd telkens onderscheid gemaakt tussen het retrospectieve en prospectieve deel. In de praktijk liepen retrospectieve en prospectieve onderwerpen sterk door elkaar heen omdat het ontwikkelen van richtlijnen een voortdurend proces van leren uit het verleden en aanpassen is.

Leidende thema's tijdens het gesprek waren verbreding en versnelling van richtlijnen (zie hoofdstuk 1). Daarbij was, in overleg met ZonMw, een aantal aandachtspunten geformuleerd die in de interviews naar voren moesten komen.

Aandachtspunten bij vragen 1 en 2 waren:

- keuze van het onderwerp
- wat er wel/niet in richtlijn moet staan
- factor arbeid
- betrokken partijen
- rol van cliënten
- rol van verzekeraars
- werkwijze (hoe komt men tot aanbevelingen)
- eigendom
- autorisatieprocedure/goedkeuren/legitimeren
- actualiseren
- dilemma versnelling versus verbreding

Aandachtspunten bij vragen 3 en 4 waren:

- verspreiding richtlijn
- indicatoren
- kwaliteitsinstrumenten

### **3.2.3 Procedure**

De interviews werden meestal door twee onderzoekers (AdV en MS) gehouden; terwijl de één het gesprek voerde, legde de ander de antwoorden schriftelijk vast en stelde desgewenst aanvullende vragen ter verduidelijking. Daarnaast werd het interview digitaal opgenomen. De interviews duurden 1 tot 1,5 uur. Na het interview werd een schriftelijke samenvatting gemaakt waarbij zo veel mogelijk bovengenoemde aandachtspunten werden gehanteerd. De samenvattingen zijn ter accordering teruggestuurd naar alle geïnterviewde personen.

### **3.2.4 Data-extractie en analyse**

De interviews zijn geanalyseerd door de samenvattingen met elkaar te vergelijken. Dit heeft geresulteerd in de beschrijvingen die in de volgende paragraaf aan de orde komen. De beschrijvingen bevatten ervaringen en meningen van de geïnterviewden. Vanwege het kwalitatieve karakter van de interviews kunnen de resultaten veelal niet getalsmatig (of in termen van meerderheid of minderheid) worden weergegeven. Daar waar het wel mogelijk is, wordt het wel gedaan.

## **3.3 Resultaten**

Allereerst wordt ingegaan op het draagvlak voor het idee van het verbreden en vernieuwen van richtlijnen en de vraag of het mogelijk is om tegelijkertijd bredere richtlijnen te maken in een kortere periode (paragraaf 3.3.1). Vervolgens wordt ingegaan op inhoud van de richtlijnen. Wat staat er in de richtlijnen die tot nu toe ontwikkeld zijn en waar zou een richtlijn idealiter over moeten gaan? (paragraaf 3.3.2). In paragraaf 3.3.3 worden de deelnemende partijen in het ontwikkelingsproces beschreven, waarna in paragraaf 3.4.4 ingegaan wordt op het ontwikkelingsproces. De wijze waarop de goedkeuring ofwel autorisatie verloopt, het eigendom en het actualisatieproces staan beschreven in paragraaf 3.3.5. De kwaliteitsinstrumenten en andere implementatie bevorderende methoden staan in paragraaf 3.3.6 centraal. In de laatste paragraaf worden ten slotte de bevindingen samengevat.

Alhoewel instituten soms een procedure hebben beschreven die ze in principe hanteren, is er geen sprake van een vaste methodiek die tot nu toe gebruikt is: de procedures zijn voortdurend in ontwikkeling. Daarnaast kunnen er per richtlijn omstandigheden zijn om af te wijken van de procedure zoals die formeel beschreven is. Om toch zo veel mogelijk te starten vanuit de reeds opgedane ervaringen worden die in elke paragraaf het eerst beschreven, waarna vervolgens overgestapt wordt naar de wensen en verwachtingen ten aanzien van toekomstige multidisciplinaire richtlijnen.

### **3.3.1 Draagvlak voor verbreden en versnellen**

Op de vraag of het verbreden van richtlijnen samen kan gaan met het versnellen van het

ontwikkelen van richtlijnen wordt in drie van de zeven interviews bevestigend geantwoord. Aangegeven wordt dat versnellen de kwaliteit van de richtlijn ten goede zal komen. In twee interviews wordt ontkennend geantwoord. Reden hiervoor is dat meer verschillende disciplines meer afstemming betekent en de kans op politieke stellingnames vergroot. In twee interviews wordt geen duidelijk antwoord gegeven op deze vraag. Op de vraag hoelang het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen zou duren wordt uiteenlopend geantwoord van minimaal één jaar tot ongeveer drie jaar.

Geïnterviewden noemen in alle fasen van het proces waarin een richtlijn gemaakt wordt, elementen die bij zouden kunnen dragen tot versnelling. In de eerste voorbereidende fase wordt verwezen naar het beperken van de uitgangsvragen. Eén geïnterviewde merkt op dat de nieuwe richtlijnen niet zo breed en alomvattend mogelijk zouden moeten zijn, zoals tot nu toe vaak het geval is, maar juist zo beperkt mogelijk. Gesuggereerd wordt daarbij meer open te staan voor andere manieren om knelpunten op te lossen. Daarnaast zou versneld kunnen worden door deze eerste fase met een selecte groep van personen uit te werken. Ook bij het ontwikkelen van de uiteindelijke richtlijn zou volgens de geïnterviewden tijdwinst te halen zijn, onder andere door een kennisinstituut een groter deel van het werk te laten doen en meer gebruik te maken van een digitale werkomgeving. In de fase waarin de richtlijn goedgekeurd of geautoriseerd wordt zouden ook mogelijkheden zijn om te versnellen. In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op de suggesties die in de interviews naar voren kwamen.

Efficiencywinst zou verder te behalen zijn door richtlijnen onderdeel te maken van de kwaliteitscyclus van voortdurend meten en verbeteren.

In de interviews worden de twee randvoorwaarden om tegelijkertijd te verbreden en te versnellen genoemd:

- er zou een duidelijk onderscheid gemaakt moeten worden tussen de rol van de beroepsverenigingen en de kenniscentra;
- ontwikkeling en implementatie zouden in één keer gefinancierd moeten worden.

In twee van de zeven interviews wordt aangegeven dat adaptatie van buitenlandse richtlijnen, bijvoorbeeld door de tabellen met de beoordeling van de bewijskracht van de literatuur over te nemen, een aantrekkelijk perspectief is, alhoewel er nog te weinig ervaring mee is opgedaan om te weten of het inderdaad versnellend werkt.

### **3.3.2 Inhoud van een multidisciplinaire richtlijn**

#### *Keuze van het onderwerp*

Binnen de huisartsenzorg, curatieve zorg, de oncologie, GGZ en de jeugdgezondheidszorg bepalen landelijke commissies over welk onderwerp een richtlijn ontwikkeld wordt. De beroepsbeoefenaars zijn in deze commissies vertegenwoordigd. Ook andere organisaties zoals branche-organisaties, beleidsorganisaties (bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg), en cliëntvertegenwoordigers participeren soms in dergelijke commissies. Voorbeelden van criteria die gehanteerd worden bij de keuze voor richtlijnontwikkeling zijn de mate waarin er knelpunten in de zorg ervaren worden, de mate waarin een toekomstige richtlijn bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg, en de mate waarin er variatie in handelen tussen beroepsbeoefenaars bestaat. De ervaring is dat

het draagvlak voor de richtlijn minder is als een partij vindt dat ze onvoldoende betrokken is geweest bij deze allereerste (voor)fase van richtlijnontwikkeling. Het creëren van een draagvlak voor de uiteindelijke richtlijn begint dus al bij de onderwerpskeuze.

De geïnterviewden geven aan dat de onderwerpen voor richtlijnontwikkeling aangedragen moeten worden door het veld. Dat zijn de beroepsverenigingen en hun achterbannen, maar ook andere partijen zoals cliëntenorganisaties, branche-organisaties, zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Omdat dit een lange lijst van onderwerpen oplevert, zal via prioritering gekozen moeten worden waarover uiteindelijk een richtlijn ontwikkeld gaat worden. Deze prioritering zou moeten plaatsvinden aan de hand van door het veld gedragen criteria. Vervolgens kunnen de aangedragen onderwerpen beoordeeld worden met deze criteria. Dit kan gedaan worden door (afgevaardigden) van direct belanghebbenden, een onafhankelijke commissie bestaande uit onder andere afgevaardigden van kennisinstituten zoals het consortium dat gevormd is in de aanloop van de tweede fase van het KKCZ-programma, of een onafhankelijk instituut zoals ZonMw. In deze twee laatste gevallen is het voor het draagvlak van belang dat de direct belanghebbenden achter deze aanpak van prioritering staan. Enkele geïnterviewden pleiten voor een meerjarenprogramma. Voordeel van het werken met een meerjarenprogramma is dat betrokken kennisinstituten weten wat er de komende jaren van hen verwacht wordt zodat zij hun processen daarop kunnen afstemmen. Voordeel voor beroepsverenigingen en cliëntvertegenwoordigers is dat zij genoeg tijd hebben om zich voor te bereiden op een ontwikkelingstraject (bijvoorbeeld door alvast mensen met de juiste expertise te zoeken of benodigde scholingen te volgen).

#### *Wat er in een richtlijn staat*

De huidige richtlijnen verschillen in wat ze beschrijven. Veel richtlijnen hebben een brede invalshoek. Zij beschrijven het gehele zorgproces, alle elementen die een rol spelen bij de zorg rond het gekozen onderwerp, en/of beschrijven de laatste stand van de wetenschap op het onderwerp. Er zijn ook richtlijnen waarin alleen de meest relevante elementen in de zorg beschreven worden. Het gevaar van een brede invalshoek is dat het een lijvig en moeilijk toegankelijk eindproduct oplevert. Er is ervaring opgedaan met het formuleren van uitgangsvragen die in de richtlijn beantwoord worden, maar ook dit kan nog altijd leiden tot lijvige richtlijnen. Nadeel is ook dat het actualiseren veel tijd kost. Welke onderwerpen in een richtlijn behandeld gaan worden wordt bepaald door een relatief beperkte groep mensen. Steeds vaker wordt daarbij gekeken naar knelpunten in de zorg. Soms wordt het veld nog hierover geraadpleegd, bijvoorbeeld door te vragen waar knelpunten in de zorg zijn.

Een vernieuwingsstrategie voor het ontwikkelen van een richtlijn is om te starten vanuit een knelpuntenanalyse. De knelpuntenanalyse kan op verschillende manieren gebeuren, bijvoorbeeld door middel van discussie in de werkgroep die de richtlijn gaat ontwikkelen of via literatuuronderzoek. Er kan ook gekozen worden voor een bredere aanpak waarbij het veld nadrukkelijker betrokken wordt. Methodieken die de geïnterviewden daarvoor geschikt achten zijn focusgroepgesprekken, het uitzetten van enquêtes, interviews met deskundigen, en het oproepen van relevante organisaties om knelpunten in de zorg aan te dragen. De beste aanpak voor deze analyse hangt af van het onderwerp, waarbij het wel van belang is een brede groep te betrekken bij de knelpuntenanalyse.



Om de knelpuntenanalyse efficiënt te laten verlopen wordt gesuggereerd voorafgaande aan de eerste bijeenkomst van de werkgroep die aan de slag gaat met het ontwikkelen van de richtlijn deze analyse te doen. Zo kan de werkgroep in de eerste bijeenkomst beslissen welke knelpunten prioriteit krijgen en in de richtlijn ter sprake zullen komen, wat tijdswinst betekent. Een andere aanpak die voorgesteld wordt is de prioritering van de knelpunten ook door het veld te laten doen. Daarbij zouden geen criteria meegegeven moeten worden zodat ieder eigen criteria kan hanteren.

Een andere vernieuwingsstrategie is het beperken van de knelpunten en/of daaruit afgeleide uitgangsvragen. Een richtlijn zou geen leerboek moeten zijn en zich moeten beperken tot de belangrijkste knelpunten die in de praktijk ervaren worden. Het aantal uitgangsvragen zou beperkt kunnen worden tot maximaal 15 tot 20.

Als het aantal uitgangsvragen beperkt wordt en de vragen in het begin al helder geformuleerd worden is de kans groter dat er snel een richtlijn tot stand komt. Criteria die gehanteerd kunnen worden bij het kiezen van de uitgangsvragen zijn bijvoorbeeld de hoeveelheid beschikbare evidentie. Of dit mogelijk is zal ook liggen aan de complexiteit van het onderwerp. Zo heeft het onderwerp 'kindermishandeling' veel verschillende invalshoeken en zijn er daarnaast veel nieuwe ontwikkelingen waardoor het moeilijker is een compacte multidisciplinaire richtlijn te maken.

Opgemerkt wordt dat in dit stadium nog eens overwogen moet worden of een richtlijn voor het gekozen onderwerp nodig is. Wanneer er geen of weinig knelpunten ervaren worden is het de vraag of er wel een richtlijn ontwikkeld moet worden. Ook zou bij elk knelpunt expliciet aan de orde moeten komen of een nieuwe richtlijn een oplossing biedt voor dit knelpunt.

### *Arbeid*

In de curatieve zorg is de afgelopen twee jaren ervaring opgedaan met het betrekken van bedrijfsartsen bij het opstellen van richtlijnen en dit is naar tevredenheid verlopen, aldus de deskundige van het kennisinstituut. Het NHG besteedt standaard aandacht aan de factor arbeid door bij elke richtlijn na te gaan of arbeid er een rol in zou moeten spelen. In de GGZ is er nog weinig ervaring mee, maar wordt het belang wel onderschreven. In de oncologie en de jeugdgezondheidszorg is er geen ervaring mee omdat de doelgroepen grotendeels niet in het arbeidsproces participeren.

Geïnterviewden staan positief tegenover de idee om in een richtlijn aandacht te besteden aan arbeid, waarbij opgemerkt wordt dat het niet alleen over arbeid zou moeten gaan maar over maatschappelijke participatie (waaronder betaalde arbeid, maar ook bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, sport, huishoudelijk werk). Deelname aan het arbeidsproces kan immers ook als indicator voor goed zorg gezien worden. Aandacht voor arbeid zou er in de knelpuntenanalyse kunnen zijn door er altijd expliciet bij stil te staan welke rol arbeid speelt bij de cliëntgroep waar de richtlijn voor geschreven gaat worden. In de knelpuntenanalyse kan er vervolgens aandacht besteed worden aan de knelpunten die op dit vlak spelen. Een wat meer afwachtende benadering wordt ook voorgesteld: mocht het onderwerp arbeid spontaan naar voren komen als knelpunt dan zou dat een onderwerp van de richtlijn kunnen worden. Als arbeid een rol speelt dan zou iemand van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) gevraagd kunnen worden in de werkgroep deel te nemen, aldus één van de respondenten.

Daarnaast kan overwogen worden ook een verzekeringsgeneeskundig perspectief aan de richtlijn toe te voegen. De verzekeringsgeneeskundige kan met de richtlijn achteraf vaststellen of de zorg die verleend is door de beroepsbeoefenaars goed is geweest en of de richtlijn gevolgd is. Bij de ontwikkeling van een richtlijn zou dus rekening gehouden kunnen worden met de vraag of de zorg zoals in de richtlijn beschreven wordt toetsbaar is vanuit verzekeringsgeneeskundig perspectief.

#### *De vorm van een multidisciplinaire richtlijn*

Behalve bij de VIKC, waar richtlijnen veelal ontsloten worden via een gelaagde structuur op internet, worden multidisciplinaire richtlijnen veelal uitgegeven in de vorm van boeken. Daar kunnen stroomdiagrammen of beslisschema's, samenvattingen, of delen met discipline specifieke aanbevelingen aan toegevoegd zijn.

Knelpunten die genoemd worden bij de huidige multidisciplinaire richtlijnen zijn:

- Sommige disciplines herkennen zich niet altijd in alle aanbevelingen waardoor het draagvlak vermindert. Bijvoorbeeld omdat niet duidelijk aangegeven staat welke aanbevelingen voor hen bedoeld zijn. Zij vinden dat ze meer houvast hebben aan hun 'oude' monodisciplinaire richtlijnen.
- Sommige disciplines vinden de aanbevelingen te weinig concreet. Zij moeten dan nog achteraf aan de slag met het voor verder concretiseren van de aanbevelingen. Dat gebeurt veelal niet omdat er geen geld voor is.
- De huidige aanpak resulteert in een aantal gevallen in vrij omvangrijke documenten die moeilijk toegankelijk zijn.

Voorgesteld wordt om de beschrijving van het zorgproces of het klinisch pad niet achteraf toe te voegen, maar juist te starten met het zorgproces of het klinisch pad dat een cliënt doorloopt. Vervolgens kan men óf alles gezamenlijk, met de multidisciplinaire werkgroep uitwerken óf er wordt een splitsing gemaakt in multi- en monodisciplinaire delen. Het gezamenlijke wordt vastgelegd in een multidisciplinair deel, waar het vooral zal gaan om overdrachtmomenten. Aan dit deel kunnen monodisciplinaire richtlijnen gekoppeld worden. Zowel multi- als de monodisciplinaire delen zouden parallel aan elkaar ontwikkeld kunnen worden. De meeste geïnterviewden geven de voorkeur aan deze laatste aanpak.

### **3.3.3 Betrokken partijen**

#### *Deelnemers*

Als er een richtlijn ontwikkeld gaat worden, wordt er voor die richtlijn een aparte richtlijnwerkgroep opgericht. In deze richtlijnwerkgroepen zitten de disciplines die met de richtlijn moeten gaan werken, veelal aangevuld met beroepsbeoefenaars die veel weten over het onderwerp en/of andere bij de zorg betrokken personen zoals cliënten. Een dergelijke werkgroep is vaak groot en kan bestaan uit 25 tot 30 mensen. De werkzaamheden worden verdeeld over de leden van de werkgroep.

Soms wordt er ook gewerkt met een kerngroep en een brede referentiegroep. De kerngroep bestaat uit de disciplines die met de richtlijn gaan werken, aangevuld met enkele deskundigen die veel weten over het onderwerp. Leden van de kerngroep schrijven de richtlijn. De brede referentiegroep bestaat uit een groot aantal beroepsbeoefenaars die

wel eens met het onderwerp te maken krijgen. Zij worden gevraagd (schriftelijk) te reageren op de concept-richtlijn. Als voordeel van een kerngroep van beperkte omvang wordt genoemd dat het efficiënter werkt. Als men kiest voor een breed samengestelde werkgroep zijn bovendien niet alle invalshoeken even belangrijk. Door deskundigen vanuit andere disciplines dan degenen die daadwerkelijk met de richtlijn gaan werken bij de werkgroep te betrekken, wordt kennis ingebracht vanuit een extra invalshoek. De ervaring is dat dat niet altijd goed werkt omdat niet alle invalshoeken even belangrijk zijn. Door de werkgroep zo breed te maken wordt de kans op een efficiënt ontwikkelingsproces kleiner. Daarbij is het wel belangrijk kennis te nemen van de inhoud van eventueel reeds bestaande richtlijnen bij andere beroepsbeoefenaars zodat zo veel mogelijk afstemming wordt gezocht.

De geïnterviewden signaleren verschillen tussen de betrokken partijen wat betreft de kennis over het lezen en beoordelen van literatuur, de opvattingen over de manier waarop men tot aanbevelingen komt (hoe sterk laat je daarbij de wetenschappelijk evidentie prevaleren) en de inbreng in de discussies.

Bovengenoemde knelpunten spelen in meer of mindere mate ook bij monodisciplinaire richtlijnen. Verschillen in meningen en interpretaties kunnen groter zijn door de grotere cultuurverschillen tussen de disciplines. Daarnaast is er een grotere kans op verschil van mening over wat er wel en niet in een richtlijn hoort te staan. Bijvoorbeeld in hoeverre er achtergrondinformatie in hoort of in hoeverre een therapie die wetenschappelijk bewezen niet-effectief is maar waar sommige cliënten toch baat bij lijken te hebben opgenomen moet worden. Daarnaast geeft men aan dat het risico van domeindiscussies groter is.

De werkgroep wordt bij voorkeur gevormd door deskundigen op het terrein van het onderwerp, aldus de geïnterviewden van de kenniscentra. Wat betreft de beroepsbeoefenaars gaat het alleen om die disciplines die zorg geven aan betreffende cliëntgroep. Daarvoor is een zorgvuldige analyse van het zorgproces nodig. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat alle disciplines vanaf het begin bij het ontwikkelingsproces betrokken worden. Als disciplines halverwege het proces erbij betrokken worden dan werkt dat, zo is uit ervaring gebleken, vertragend. De ervaring is dat het een terugkerende valkuil is dat er disciplines vergeten worden en de nadruk blijft liggen op de inbreng van artsen.

Mogelijkheden om ervoor te zorgen dat de verschillende disciplines een gelijkwaardige inbreng hebben zijn het aanbieden van scholingen en het vragen van meerdere beroepsbeoefenaars uit een discipline om hen te sterken in de discussies.

Daarnaast vinden de vertegenwoordigers van de kennisinstellingen het van belang dat er vanuit een kennisinstituut een adviseur bij de werkgroep zit die kennis van zaken heeft over richtlijnontwikkeling en over het onderwerp van de richtlijn. Daarnaast moet de adviseur gevoel hebben voor de rollen van de verschillende disciplines. Eén van de geïnterviewden geeft in dit kader aan dat het in concurrentie uitzetten van geld voor de ontwikkeling en het splitsen van ontwikkeling en implementatie vertragend werkt en het totaal duurder maakt.

#### *Rol van cliënten*

Vooraf in de GGZ (Trimbos instituut) en in de oncologie (VIKC) is ervaring opgedaan

met het betrekken van cliëntvertegenwoordigers bij richtlijnontwikkeling. In de GGZ is er een commissie Cliëntenparticipatie met daarin vertegenwoordigers van een groot aantal cliënten- en familie-organisaties. Deze commissie ondersteunt de afgevaardigden in de richtlijnwerkgroepen en autoriseert de richtlijnen. Bij de VIKC is het standaardbeleid om de Nederlandse Federatie Kankerpatiënten (NFK) te benaderen wanneer een nieuwe richtlijn ontwikkeld gaat worden. Ook de andere kennisinstituten (behalve KWAZO die zelf meestal geen richtlijnontwikkeling doet) hebben ervaring met het betrekken van cliëntvertegenwoordigers bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen. Het gaat daarbij om cliëntvertegenwoordigers afgevaardigd vanuit een cliëntenorganisatie of om focusgroepgesprekken. In de praktijk blijkt dat een inbreng vanuit de cliënt niet altijd makkelijk realiseerbaar is. In de interviews worden de volgende knelpunten genoemd (in willekeurige volgorde):

- Het onderwerp van een richtlijn betreft de algemene populatie. Bijvoorbeeld preventie (“zoals oogonderzoek in de jeugdgezondheidszorg) of een algemene klacht (zoals “koorts” of “maagklachten”). In dat geval is er geen cliëntenorganisatie.
- De richtlijn gaat over een aandoening waar geen cliëntenorganisatie voor bestaat.
- Soms zijn er meerdere cliëntenorganisaties voor een aandoening. Hoe moeten die verschillende organisaties betrokken worden bij het proces?
- Cliëntenorganisaties zijn niet goed toegerust voor deze taak. De inbreng van cliënten is soms een heel eigen, individuele ervaring. Zo’n inbreng gaat moeilijk samen met de aanpak van richtlijnontwikkeling. Ook wordt aangegeven dat de inbreng vaak generiek commentaar is en weinig medisch inhoudelijk. Cliënten vinden het bijvoorbeeld van belang dat zij goed door hun arts geïnformeerd worden over de diagnose en behandeling. Dit soort algemene aspecten worden als bekend beschouwd en hoeven niet in elke richtlijn opnieuw te worden opgenomen.
- Cliëntvertegenwoordigers willen soms elementen in de richtlijn opnemen die volgens de anderen niet tot het domein van de richtlijn behoren. Dit vertraagt het ontwikkelingsproces.
- Als cliënten deelnemen is hun rol vaak niet duidelijk. De inbreng wordt dan vaak verwoord in een paragraaf met “overige overwegingen”, wat vaak leidt tot frustratie bij de cliënten.
- De mogelijke afhankelijkheid van een cliëntenorganisatie van de farmaceutische industrie.

De vertegenwoordigers van de kennisinstituten onderschrijven het belang van de inbreng die cliënten moeten hebben bij de ontwikkeling van richtlijnen, maar zijn er niet geheel over uit op welke manier dat het beste gerealiseerd kan worden. Inbreng van cliënten wordt vrijwel unaniem belangrijk gevonden in het begin van het proces, bij de analyse van de knelpunten, en aan het eind bij de fase waarin gevraagd wordt commentaar te leveren op de conceptrichtlijn. Vertegenwoordigers van drie kennisinstituten geven aan dat het opnemen van cliëntvertegenwoordigers in de werkgroep die de richtlijn gaat schrijven veelal niet wenselijk is. Voorgesteld wordt een aparte richtlijn cliëntparticipatie te ontwikkelen waarin beschreven staat op welke manieren de inbreng van de cliënt georganiseerd kan worden.

De volgende oplossingsrichtingen komen in de interviews naar voren:

- De NPCF kan een cursus aanbieden analoog aan de EBRO (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling) cursus die ontwikkeld is voor beroepsbeoefenaars.
- Er kunnen, binnen het proces van richtlijnontwikkeling, focusgroepen van cliënten georganiseerd worden om bijvoorbeeld knelpunten te inventariseren, te praten over aanbevelingen, of de concept-richtlijn te bespreken.
- De NPCF kan als vertegenwoordiger van het cliëntenperspectief participeren.

#### *Rol van verzekeraars*

Een andere vorm van verbreding is het betrekken van zorgverzekeraars bij richtlijnen. Zorgverzekeraars hebben in het verleden geen grote rol gespeeld bij het ontwikkelen van richtlijnen: geen van de geïnterviewden geeft aan dat zij daar ervaring mee heeft.

Over het algemeen vinden de geïnterviewden het niet wenselijk om zorgverzekeraars een rol te geven in de besluitvorming of de richtlijn door hen te laten autoriseren. Zij geven aan dat het bij het ontwikkelen van richtlijnen gaat om de beste kwaliteit van zorg afgeleid vanuit de wetenschappelijke evidentie. Zorgverzekeraars zullen, zo is de verwachting, kijken vanuit een financieel perspectief of marketing perspectief (hoe krijg ik de meeste cliënten). Uitgangspunt bij de multidisciplinaire richtlijnen moet de beste kwaliteit van zorg blijven. Of deze zorg vervolgens betaalbaar is, vindt men een politieke discussie.

Aangegeven wordt dat zorgverzekeraars wel een rol kunnen spelen bij de knelpuntenanalyse en de commentaarrondes. Via Zorgverzekeraars Nederland zouden daarvoor medisch adviseurs benaderd kunnen worden.

#### **3.3.4 Ontwikkelingsproces: mogelijkheden voor verbreden én versnellen**

Over het algemeen vinden de geïnterviewden dat de aanpak die binnen hun kennisinstituut gehanteerd wordt goed werkt. Zoals eerder is aangegeven is er niet één uniforme aanpak door een bepaald kennisinstituut, maar is deze aanpak voortdurend in ontwikkeling en kan bovendien per richtlijn variëren. Daarom wordt hier volstaan met het beschrijven van de grote lijnen.

Wetenschappelijke evidentie is veelal de basis voor de aanbevelingen, maar dat wil niet zeggen dat de aanbevelingen louter daarop gebaseerd zijn. Er zijn onderwerpen waar weinig evidentie over is. Verschillende disciplines kunnen ook andere meningen en interpretaties hebben en dan wordt er gewerkt met consensus. Overleg en discussie gebeurt veelvuldig. De ervaring is dat dit een belangrijke functie heeft voor het verwerven van draagvlak voor de richtlijn.

De ene keer wordt deze wetenschappelijke evidentie via een systematische zoekstrategie in de literatuurdatabases gezocht. De andere keer is er een aantal toonaangevende artikelen die als leidraad worden genomen of zitten er deskundigen in de werkgroep die literatuur aanleveren. Ook wisselt de mate waarin de artikelen systematisch op bewijskracht worden beoordeeld. Het systematisch verzamelen en beoordelen van wetenschappelijke evidentie kost veel tijd en geld, die niet altijd voorhanden zijn. Het verzamelen van de literatuur wordt veelal gedaan door een kennisinstituut. Het

selecteren op relevantie, het beoordelen van de bewijskracht en het schrijven van de richtlijn is vaak de taak van de werkgroepleden. Het vergt veel inzet van de individuele werkgroepleden, die dit naast hun werk in de praktijk doen. Dit levert een aantal mogelijke knelpunten op zoals geringe motivatie om deel te nemen aan een richtlijnwerkgroep of om als werkgroeplid substantiële taken op zich te nemen, onervarenheid in het beoordelen van literatuur en schrijven van richtlijnen, afhankelijkheid van beschikbare tijd van werkgroeplid waardoor het werken volgens een tijdschema moeilijk is. Als de conceptrichtlijn klaar is wordt het concept veelal verspreid onder een brede groep die daarop mag reageren. Naar aanleiding van de reacties in deze commentaarrronde wordt de richtlijn herschreven.

Sommige instituten voeren vervolgens een proefimplementatie of praktijktoets uit, waarbij de richtlijn in de praktijk wordt uitgetest. Eventuele vragen en knelpunten kunnen dan nog opgelost worden voordat de richtlijn definitief is en breed geïmplementeerd wordt.

Als vernieuwingsstrategie wordt gesuggereerd dat een kennisinstituut, naast de coördinatie, meer taken op zich neemt, zoals het zoeken naar literatuur, de (eerste) selectie van relevante literatuur, de (eerste) beoordeling van de bewijskracht van de literatuur en het schrijven van de concept-richtlijn. Dit zou kunnen gebeuren in een kleine werkgroep met adviseurs uit een kennisinstituut en enkele inhoudelijk deskundigen. Indien nodig kunnen ook enkele parallel aan elkaar werkende groepjes gemaakt worden die bepaalde delen van de richtlijn verder uitwerken. Daarnaast wordt een grote richtlijnwerkgroep geformeerd die de functie heeft van klankbordwerkgroep. Een risico van het werken met een kleine werkgroep is dat het draagvlak van de beroepsbeoefenaars vermindert. Dit zou ondervangen kunnen worden door de verschillende disciplines 'eigenaar' te maken van bepaalde uitgangsvragen op basis van zorginhoudelijke en organisatorische kenmerken van de uitgangsvraag. Hierdoor zijn de onderdelen van de multidisciplinaire richtlijn weer meer monodisciplinair. Als voordeel van monodisciplinaire richtlijnen wordt genoemd dat het draagvlak binnen de beroepsgroep makkelijker te verkrijgen is. Dit voordeel blijft nu meer behouden. Een ander voordeel van monodisciplinaire richtlijnen is dat ze soms concreter zijn in aanbevelingen terwijl de aanbevelingen van multidisciplinaire richtlijnen vaak compromissen zijn waardoor de aanbevelingen meer op de vlakte blijven. Ook dit voordeel blijft meer behouden. Een derde voordeel is dat elke discipline alleen de 'eigen' uitgangsvragen autoriseert. Het multidisciplinaire deel zit vooral in het maken van afspraken over de zorgorganisatie (de verwijzingen en de afstemming van de zorg). Een tweede vernieuwingsstrategie is het zoveel mogelijk digitaliseren van het ontwikkelingsproces. Dit geeft juist de mogelijkheid tot meer discussie, te versnellen en te verbreden met het behoud van draagvlak. De werkgroepleden krijgen toegang tot een digitale werkomgeving waarin allerlei taken en bevoegdheden van de leden gedefinieerd zijn. Voordeel is dat de digitale werkomgeving altijd toegankelijk is, de literatuur en teksten beschikbaar en up-to-date zijn, de discussies goed te volgen zijn en in discussies kan het de mondigheid van cliënten in de werkgroep vergroten. Op deze manier zou ook het aantal vergaderingen teruggebracht kunnen worden. Voorwaarde is wel dat iedereen zich goed aan de digitale systematiek houdt. Om ook in het autorisatieproces te profiteren van de digitale werkomgeving zouden de beroepsverenigingen gevraagd kunnen worden

mee te lezen tijdens het ontwikkelingsproces. Hierdoor gebeurt de autorisatie in fasen en wordt de uiteindelijke autorisatie een formaliteit.

De selectie van de voorzitter wordt door de deskundigen als bepalend gezien voor de voortgang van het ontwikkel- en autorisatieproces. De voorzitter moet in staat zijn een groep aan te jagen en te motiveren. Als een voorzitter hier niet toe in staat is en geen keuzes durft te maken, zo is de ervaring, dan kan dat voor een half jaar vertraging zorgen. Het beste is te zoeken naar een evenwicht tussen een technisch goede voorzitter en een goed aangeschreven medisch specialist die zorg kan dragen voor voldoende draagvlak. In geval van richtlijnen waar domeindiscussies een rol spelen, zou gekozen kunnen worden voor een onafhankelijke voorzitter. Deze voorzitter zou boven de partijen moeten staan en beslissingsbevoegdheid krijgen.

### **3.3.5 Goedkeuring, eigendom, en actualiseren**

#### *Goedkeuren*

In de praktijk worden richtlijnen goedgekeurd of geautoriseerd door de beroepsorganisaties en soms ook (met name in de GGZ) door de cliëntenorganisatie. In de oncologie en de jeugdgezondheidszorg worden de richtlijnen probleemloos geautoriseerd. De andere geïnterviewden zeggen dat het meestal wel goed verloopt. Een lange autorisatieprocedure wordt niet altijd als onwenselijk ervaren, vanwege het draagvlak dat het oplevert. De volgende factoren beïnvloeden volgens de geïnterviewden de duur van de autorisatieprocedure:

- De cultuur in het veld. Zo wordt gewezen op de traditie van samenwerken binnen de oncologie. Binnen de jeugdgezondheidszorg is sprake van een relatief klein, overzichtelijk veld waarin de betrokken beroepsbeoefenaars samen in één instelling werken, waardoor men gewend is aan multidisciplinair werken.
- Domeindiscussies. In de commentaarrondes blijkt al vaak of het autoriseren een probleem wordt. Het gaat dan vaak om domeindiscussies.
- Andere politieke processen. In de autorisatieprocedure ontstaan soms politieke processen die betrokken kennisinstituten niet hadden voorzien en waar zij weinig grip op hebben. Bijvoorbeeld als bepaalde aanbevelingen na veel discussie tot stand zijn gekomen, komt het voor dat mensen die in die discussies hebben “toegegeven”, in de autorisatiefase alsnog invloed uit willen oefenen op de inhoud van de richtlijn.
- Onvoldoende mandaat of onvoldoende terugkoppeling door de vertegenwoordigers in de werkgroep naar hun achterban. Als de afgevaardigden van de beroepsgroep tijdens de richtlijnontwikkeling onvoldoende terugkoppelen naar hun achterban of onvoldoende mandaat hebben om beslissingen te nemen kan de autorisatieprocedure langer gaan duren.
- Verschillen in autorisatieprocedures tussen de verschillende organisaties die moeten autoriseren, bijvoorbeeld het tijdstip van de ledenvergadering.

De geïnterviewden geven aan dat de autorisatie moet blijven gebeuren door de betrokken beroepsverenigingen en eventueel andere organisaties die gemandateerde

vertegenwoordigers hebben in de werkgroep zoals cliëntenorganisaties. Een centrale, onafhankelijke organisatie zou de procedurele kant van de richtlijnontwikkeling kunnen toetsen, bijvoorbeeld aan de hand van de AGREE-criteria. Alhoewel dit in de autorisatieprocedure veel tijdswinst oplevert, wordt het niet wenselijk gevonden alleen de procedure te autoriseren. Autorisatie van de procedures kan de autorisatie van de inhoud niet vervangen omdat het draagvlak daarmee onder druk komt te staan.

De volgende suggesties worden gedaan om de autorisatieprocedure te versnellen:

- Zorg voor een duidelijk mandaat en een goede terugkoppeling naar de achterban gedurende het ontwikkelingsproces. Alle betrokkenen zouden in het ontwikkelingsproces al mee moeten lezen en de mogelijkheid krijgen om te reageren. Dit zou kunnen door de concepten op een beveiligd deel van internet te zetten.
- Een goede voorzitter.
- Afstemmen van de autorisatieprocedures van de verschillende organisaties.
- Deelautorisaties. Er kan besloten worden om de richtlijn niet meer als geheel te autoriseren maar per uitgangsvraag. Daardoor hoeft iedere organisatie alleen die delen te autoriseren die hen aangaan. Ook kan gekeken worden of delen die gereed zijn, eerder geautoriseerd kunnen worden.
- Het onder voorwaarden publiceren van de concept-richtlijn. Er vanuit gaande dat de uiteindelijke autorisatie een formele beslissing is (omdat iedereen zijn commentaar al heeft kunnen geven in eerdere rondes) zou de niet geautoriseerde richtlijn al uitgegeven kunnen worden in afwachting van de formele autorisatie.

### *Eigendom*

Het eigendom is vaak niet geregeld. Onduidelijk is wat het eigenaarschap inhoudt als het bijvoorbeeld gaat om verantwoordelijkheden, aansprakelijkheid en onderhoud. In de jeugdgezondheidszorg ligt het eigenaarschap bij slechts één van de gebruikersgroepen, de beroepsvereniging van jgz-artsen. Dit wordt niet als wenselijk gezien omdat andere gebruikersgroepen het dan minder snel als 'hun' richtlijn zien.

Voordat uitspraken gedaan kunnen worden over hoe het eigendom van multidisciplinaire richtlijnen het beste geregeld kan worden zal eerst vastgesteld moeten worden wat het eigendom inhoudt, ofwel welke taken en verantwoordelijkheden daaraan wel en niet verbonden worden. Te denken valt aan het centrale aanspreekpunt zijn, het verzorgen van de toegankelijkheid, het verspreiden van de richtlijn, ondersteuning bieden bij de implementatie, het zorg dragen voor actualisaties, en aansprakelijk zijn als het gebruik van de richtlijn tot problemen leidt. Direct daaraan verbonden is de vraag of de eigenaar deze activiteiten zelf moet gaan financieren.

Enkele geïnterviewden stellen voor in dit kader een onafhankelijke organisatie in het leven te roepen die de regie gaat voeren over het prioriteren van onderwerpen, en het ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire richtlijnen. Ook de financiering zou van daaruit geregeld kunnen worden.

### *Actualiseren*

De wijze waarop geactualiseerd wordt varieert per instituut en per richtlijn. Bij de instituten met vrij recente richtlijnen is er nog weinig ervaring met het actualiseren van



hele richtlijnen. In de jeugdgezondheidszorg en de oncologie worden, indien nodig, aanvullingen gemaakt en addenda verspreid met “frequently asked questions” zodat het veld regelmatig een aanvulling krijgt. Daarnaast wordt in deze sectoren een verjaringstijd van maximaal vijf jaar gehanteerd. In andere sectoren wordt in overleg met de beroepsorganisaties afgesproken wanneer de richtlijn geactualiseerd wordt. Dit is mede afhankelijk van de ontwikkelingen in de wetenschap.

De ene keer houdt een kerngroep in de gaten of er geactualiseerd moet worden, in andere gevallen houdt het kennisinstituut dit in de gaten.

In de interviews worden de volgende knelpunten genoemd:

- Er is vaak weinig aandacht voor het actualiseren. Veelal zijn de ontwikkelaars blij dat een richtlijn af is en zijn minder gemotiveerd het actualiseren te verzorgen.
- Er is veelal geen financiering voor het actueel houden van een richtlijn.
- Het actualiseren hangt in belangrijke mate af van eigen initiatief en enthousiasme van enkele personen.

De geïnterviewden vinden het belangrijk dat er meer aandacht komt voor het regelen van het actueel houden van richtlijnen. De verantwoordelijkheid hiervoor zou duidelijk afgesproken moeten worden. Voor de kwaliteit van de richtlijn is het beter regelmatig (bijvoorbeeld jaarlijks) te kijken of er onderdelen geactualiseerd moeten worden. Internet wordt daarvoor als een handig medium gezien. Via internet zou iedereen de verantwoordelijken kunnen attenderen op vragen, opmerkingen, knelpunten, en nieuwe literatuur. Als er wijzigingen in de richtlijn plaatsvinden zouden de beroepsbeoefenaars daar via een attenderingsservice over geïnformeerd kunnen worden.

De meningen over of een dergelijke aanpak minder tijd kost en geld kost (in vergelijking met alles in één keer actualiseren) lopen uiteen.

Extra aandacht bij een aanpak van min of meer continu actualiseren, moet gegeven worden aan de manier waarop omgegaan wordt met het autoriseren.

Een andere mogelijke strategie is om het actualiseren in delen plaats te laten vinden (in plaats van de hele richtlijn actualiseren).

### **3.3.6 *Kwaliteitsinstrumenten en andere implementatiemethoden***

#### *Verspreiding richtlijn*

Alleen verspreiden van een richtlijn is onvoldoende om een richtlijn te implementeren. Steeds vaker is een richtlijn geen lijvig boekwerk meer. Er wordt geïnvesteerd in meer op maat gesneden informatievoorziening voor de verschillende disciplines en voor cliënten. Bijvoorbeeld door goed toegankelijke schriftelijke producten te maken specifiek voor bepaalde gebruikers zoals een kaart voor verpleegkundigen, samenvattingen, en stroomdiagrammen. Daarnaast wordt steeds vaker overwogen de richtlijnen (beter) toegankelijk te maken via internet. Veel richtlijnen staan al op internet, maar de doorzoekbaarheid van de teksten kan verbeterd worden zoals al gedaan wordt bij Oncoline.

#### *Indicatoren*

Tot nu toe is het geen gemeengoed om indicatoren op te nemen in een richtlijn, maar dit

lijkt te veranderen. Twee jaar geleden is in de oncologie gestart met het meten van aan richtlijnen verbonden indicatoren en wordt momenteel indicatorontwikkeling een vast onderdeel van richtlijnontwikkeling.

De volgende knelpunten komen naar voren in de interviews:

- De adviezen van multidisciplinaire richtlijnen zijn soms vrij vaag, waardoor het moeilijk is heldere indicatoren te ontwikkelen.
- Het meten van goede indicatoren kost veel tijd en geld en daar ontbreekt het vaak aan.

De geïnterviewden signaleren dat kwaliteitsindicatoren steeds vaker gezien worden als belangrijk onderdeel van een richtlijn en zij vinden het wenselijk richtlijnen te verbreden met indicatoren. Beroepsbeoefenaars kunnen daarmee nagaan in hoeverre ze conform een richtlijn werken. Zonder indicatoren kunnen de implementatiemethoden als audit en feedback niet toegepast worden. Indicatoren hiervoor zouden parallel aan de richtlijn ontwikkeld kunnen worden en komen de helderheid van de richtlijn ten goede. Daarnaast wordt de wenselijkheid van het gebruik van kwaliteitsindicatoren voor externe toetsing genoemd. Deze indicatoren zouden gebruikt kunnen worden als spiegelinformatie of benchmark. Zorgverzekeraars zouden ze kunnen gebruiken bij de inkoop van zorg. Voorgesteld wordt om externe indicatoren te ontwikkelen op basis van de in de knelpuntenanalyse gevonden knelpunten en de belangrijkste interventies in de richtlijn. Ook kan gedacht worden aan een koppeling met een CQ- (Consumer Quality) index. Onderdeel van het ontwikkelen van een CQ-index zijn focusgroepgesprekken met cliënten. Dit geeft enerzijds informatie over de knelpunten en anderzijds over wat cliënten belangrijk vinden. Op basis hiervan kan een CQ-index ontwikkeld worden die vervolgens gebruikt kan worden bij de evaluatie van het gebruik van de richtlijn en bij het onderhoud van de richtlijn. De knelpunten worden meegenomen in de richtlijnontwikkeling. Op deze manier zou een volledig cyclisch kwaliteitssysteem gerealiseerd kunnen worden. Door richtlijn- en indicatorontwikkeling te koppelen zou, zo is de verwachting, efficiency-winst zijn te behalen.

#### *Andere kwaliteitsinstrumenten*

Zoals eerder is opgemerkt begint implementatie al bij de knelpuntenanalyse en de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn. In deze fasen kan draagvlak verworven worden. Voor een goede aansluiting van de aanbevelingen op de praktijk kan een praktijktoets of proefimplementatie uitgevoerd worden. Een praktijktoets geeft bovendien inzicht in de scholingsbehoeften voor de implementatie. De volgende instrumenten of strategieën worden genoemd om de implementatie te bevorderen aangeboden (dit zijn voor een deel ook instrumenten of strategieën die in hoofdstuk 2, over de meta-review, naar voren komen als mogelijk effectief):

- Scholing. De introductie van een richtlijn zou gepaard moeten gaan met een scholingsaanbod. Dit verhoogt de kans op gebruik. Het gebeurt bijvoorbeeld bij de huisartsen door scholingsmateriaal en verdiepingsmodules te ontwikkelen. Beroepsorganisaties kunnen accreditatiepunten verbinden aan het volgen van de scholing die bij een richtlijn geboden wordt.
- Intercollegiale toetsing, visitatie, feedback. Deze instrumenten stimuleren het werken volgens de richtlijn. Beroepsverenigingen zouden bij hun visitaties

kunnen nagaan in hoeverre de beroepsbeoefenaars werken volgens een richtlijn. Dit soort visitaties zijn monodisciplinair. Men zou echter ook kunnen denken aan multidisciplinaire visitaties op het niveau van het hele zorgproces. Voordeel is dat dit soort visitaties zinvoller en informatiever zijn.

- Implementatiecoördinator en inhoudelijk aanspreekpunt: In de jeugdgezondheidszorg wordt geprobeerd om voor de borging in elke organisatie één implementatiecoördinator aan te wijzen. Deze persoon is het centrale aanspreekpunt, verzamelt informatie, schoolt nieuwe medewerkers et cetera. Dit lijkt een veelbelovende aanpak maar is nog niet voldoende uitgetest. Daarnaast moet er iemand inhoudelijk aanspreekbaar zijn op de richtlijn als men daar, na de initiële scholing, nog vragen over heeft. Dit kan de implementatiecoördinator zijn, maar ook iemand anders.
- Regionaal overleg. Omdat een multidisciplinaire richtlijn door meerdere disciplines gebruikt wordt, mogelijk ook uit meerdere instellingen, is het zinvol dat de beroepsbeoefenaars in de regio overleggen over het gebruik van de richtlijn zodat op regionaal niveau afstemming wordt gezocht.

#### *Externe invloeden*

Opgemerkt wordt dat externe druk het gebruik van richtlijnen kan bevorderen.

Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld (delen van) richtlijnen opnemen in de dbc's. Bij de inkoop van zorg kunnen kwaliteitsindicatoren, mits valide en betrouwbaar gebleken, uit de richtlijn gebruikt worden.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan een rol spelen bij de borging van een richtlijn door het gebruik van de richtlijn te zien als criterium voor goede zorg. Het veld is hier echter verdeeld over: sommigen zien het als stok achter de deur, maar anderen zien het als betutteling.

### **3.4 Conclusies**

In dit hoofdstuk is beschreven wat de ervaringen en wensen zijn van deskundigen uit zeven kenniscentra ten aanzien van het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen. Omdat het denken over (het maken van) richtlijnen voortdurend in ontwikkeling is, is het niet mogelijk en minder zinvol om de in het verleden gehanteerde aanpakken apart te beschrijven. In de interviews is gesproken over hoe richtlijnen, uitgaande van de reeds opgedane ervaringen, verbreed en vernieuwd kunnen worden. De belangrijkste resultaten ten aanzien van de ontwikkeling van toekomstige multidisciplinaire richtlijnen worden hier samengevat:

#### *Draagvlak voor verbreden en versnellen:*

- De geïnterviewden reageren verdeeld op de vraag of richtlijnen tegelijkertijd verbreed én sneller ontwikkeld kunnen worden.
- Geopperd wordt om kritisch(er) te kijken naar wat er wel en niet in een richtlijn moet staan.
- Als randvoorwaarden worden genoemd dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over de rollen van beroepsorganisaties en kenniscentra én dat ontwikkeling en implementatie in één keer gefinancierd zou moeten worden.

*Keuze van het onderwerp:*

- Het veld moet de onderwerpen aandragen waarover multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld zouden moeten worden, aldus de deskundigen.
- De prioritering zou moeten gebeuren aan de hand van door het veld gedragen criteria.
- De prioritering kan gedaan worden door direct belanghebbenden of door een onafhankelijke commissie. In dit laatste geval is het voor het draagvlak van de toekomstige richtlijnen belangrijk dat alle belanghebbenden vertrouwen hebben in de werkwijze van deze commissie.
- Als er een meerjarenprogramma wordt opgesteld met te ontwikkelen richtlijnen kunnen betrokkenen in hun planning anticiperen op hun bijdrage in het ontwikkelingsproces.

*Keuze van elementen die in de richtlijn uitgewerkt gaan worden:*

- Voorafgaand aan het ontwikkelen van een richtlijn zou volgens de geïnterviewden een inventarisatie van de ervaren knelpunten moeten plaatsvinden.
- Inventarisatie van knelpunten zou gedaan moeten worden onder een brede groep betrokkenen.
- Het is belangrijk om via een heldere, door een brede groep gedragen, besluitvormingsprocedure een uiteindelijke keuze van de knelpunten te maken. Een multidisciplinaire richtlijn zou zich kunnen beperken tot de belangrijkste knelpunten. Daarbij moet er rekening mee gehouden worden dat niet elk knelpunt het beste opgelost wordt met een richtlijn.

*Arbeid:*

- Als arbeid voor de cliëntgroep een belangrijk knelpunt is dan moet er in de multidisciplinaire aandacht voor zijn.
- Aandacht voor arbeid zou verbreed moeten worden naar aandacht voor maatschappelijke participatie.

*De vorm van een multidisciplinaire richtlijn:*

- Multidisciplinaire richtlijnen zouden volgens de geïnterviewden kunnen bestaan uit een beperkt multidisciplinair deel met monodisciplinaire uitwerkingen daaraan gekoppeld. Het multidisciplinaire deel beschrijft de overdrachten en zorgaspecten die multidisciplinair zijn. De monodisciplinaire delen van de verschillende disciplines zouden goed op elkaar afgestemd moeten worden. Bij voorkeur is het multidisciplinaire deel zo beperkt mogelijk.

*Betrokken partijen zouden moeten zijn:*

- Beroepsbeoefenaars van alle bij het zorgproces betrokken disciplines (na een zorgvuldige analyse van het zorgproces);
- Een kennisinstituut;
- Cliëntvertegenwoordigers (in ieder geval bij de inventarisatie van knelpunten en de commentaarrondes);
- Zorgverzekeraars (niet bij de besluitvorming, wel bij de inventarisatie van knelpunten en eventueel bij de commentaarrondes).

*Ontwikkelingsproces:*

- Een kleine kerngroep kan een belangrijk deel van de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn op zich nemen. Deze kerngroep wordt gevormd door enkele inhoudelijk deskundigen en één of meerdere personen van een kennisinstituut. Het kennisinstituut kan de coördinatie verzorgen en, in nauw overleg met de inhoudelijk deskundigen, een deel van de uitvoerende werkzaamheden doen.
- Zo mogelijk kunnen er kleinere werkgroepjes geformeerd worden die bepaalde onderdelen parallel aan elkaar uitwerken.

- Een breed samengestelde klankbordgroep kan gevraagd worden te reageren op concepten.
- Als het ontwikkelingsproces gedigitaliseerd wordt kunnen meer mensen meedenken en reageren op tussentijdse concepten.
- Een praktijktoets, waarin nagegaan wordt welke praktische belemmeringen er zijn bij het gebruik van de richtlijn, verhoogt de kans op een bruikbare richtlijn.
- Een goede voorzitter wordt belangrijk gevonden voor de voortgang van het ontwikkelingsproces.

*Goedkeuren:*

- Het goedkeuren of autoriseren (ook wel legitimeren genoemd) moet volgens de geïnterviewden gedaan worden door alle beroepsorganisaties waarvan de leden met de richtlijn moeten gaan werken en de eventueel betrokken cliëntenorganisatie. Het autorisatieproces heeft een belangrijke bijdrage bij het verwerven van draagvlak voor de richtlijn waardoor een niet te zware nadruk moet liggen op het verkorten van deze procedure.
- Het autorisatieproces verloopt sneller als deelnemers aan de werkgroep een duidelijk mandaat hebben, hun achterban bij het ontwikkelingsproces betrokken is, er een goede voorzitter is, de autorisatieprocedures van de deelnemende organisaties op elkaar worden afgestemd en door te werken met deelautorisaties. Daarnaast kan besloten worden, ervan uitgaande dat de uiteindelijke autorisatie een formele beslissing is, alvast het laatste concept te publiceren.

*Eigendom:*

- Er bestaat veel onduidelijkheid over wie de eigenaar is en zou moeten zijn van multidisciplinaire richtlijnen.
- Voorafgaand aan het regelen van het eigendom, moeten afspraken gemaakt worden over welke taken en verantwoordelijkheden daar wel en niet aan verbonden zijn.

*Actualiseren:*

- Als een multidisciplinaire richtlijn klaar is moeten er duidelijke(r) afspraken gemaakt worden over wie gaat actualiseren, en wanneer en hoe dat wordt aangepakt.
- Voor het behoud van de kwaliteit van de richtlijn is het wenselijk om min of meer continu te monitoren of actualisatie nodig is. Internet kan dit faciliteren.
- Dat houdt tevens in dat de financiering hiervoor geregeld moet worden.
- Extra aandacht is nodig voor de manier van autoriseren als er voortdurend op kleine onderdelen aanpassingen gemaakt worden.

*Aangrijpingspunten voor implementatie:*

- Het is volgens de ondervraagde deskundigen belangrijk om te investeren in een op maat gesneden informatievoorziening. Dat houdt in dat er voor de verschillende gebruikersgroepen, andere producten ontwikkeld zouden kunnen worden.
- Een ontsluiting via internet met een gelaagde zoekstrategie wordt gezien als een veelbelovend middel.
- Kwaliteitsindicatoren zouden een vast onderdeel moeten zijn van een multidisciplinaire richtlijn, waarmee gebruikers of externe partijen na kunnen gaan of er volgens de richtlijnen wordt gewerkt.
- Scholing en scholingsmaterialen kunnen ontwikkeld worden om gebruikers te trainen in de aanbevelingen uit de richtlijn.
- Intercollegiale toetsing, visitaties, feedback lijken belangrijk voor implementatie.
- Het aanstellen van een implementatiecoördinator en iemand die inhoudelijk aanspreekpunt is, wordt gezien als een veelbelovende strategie om het gebruik van een richtlijn te stimuleren.

- Regionaal overleg en het maken van afspraken over het gebruik van de richtlijn worden eveneens belangrijk gevonden.
- Externe partijen zouden het gebruik kunnen stimuleren (met name zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg).

## 4 Verbreding en vernieuwing: wensen en verwachtingen van beroepsbeoefenaars

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 4 beantwoord:

4 *Wat zijn de wensen en verwachtingen van beroepsbeoefenaars ten aanzien van verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?*

### 4.2 Methode

#### 4.2.1 Aanpak

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 4 zijn beroepsbeoefenaars gevraagd om deel te nemen aan een groepsinterview of een internet discussiegroep. Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 5 (zie hoofdstuk 5) zijn cliëntvertegenwoordigers gevraagd deel te nemen aan een groepsinterview en zijn vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van opleidingen gevraagd per e-mail een korte vragenlijst in te vullen. Zie tabel 4.1 voor een overzicht van deze aanpak.

Tabel 4.1 Aanpak, uitgesplitst naar gebruikersgroepen

Groep	Aanpak
Beroepsbeoefenaars	- 2 internet forum discussiegroepen - 2 groepsinterviews
Cliëntvertegenwoordigers	- 2 groepsinterviews
Zorgverzekeraars	- schriftelijke vragenlijst
Opleidingen	- schriftelijke vragenlijst

In overleg met de opdrachtgever ZonMw is een lijst opgesteld van beroepsbeoefenaars, cliëntvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en opleidingen die benaderd zouden kunnen worden omdat zij betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van richtlijnen met multidisciplinaire aspecten of met landelijk keten- of transmurale afspraken. Om tot een dergelijke lijst te komen is gestart met het verzamelen van ruim 20 werkgroeplijsten van verschillende multidisciplinaire richtlijnen, landelijke transmurale afspraken (LTA's) en landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's) die in de afgelopen twee tot drie jaar ontwikkeld zijn. De verzamelde richtlijnen zijn afkomstig uit allerlei zorgsectoren waaronder de curatieve zorg, acute zorg, chronische zorg en GGZ-zorg. De werkgroeplijsten van de genoemde richtlijnen zijn als uitgangspunt genomen om

personen met richtlijnontwikkelingservaring te selecteren voor deze studie. Voor de beroepsbeoefenaars geldt dat er ongeveer vijf personen per richtlijnwerkgroep geselecteerd zijn vanuit zoveel mogelijk verschillende disciplines. Voor de overige drie groepen geldt dat alle geschikte personen uit de richtlijnwerkgroepen geselecteerd zijn om te benaderen. Er zijn voor elke groep ook nog aanvullende acties ondernomen om de lijst met te benaderen personen uit te breiden. Deze acties worden per groep beschreven: voor de beroepsbeoefenaars in de volgende paragraaf en de overige groepen in hoofdstuk 5.

#### **4.2.2 Beroepsbeoefenaars**

Om onderzoeksvraag 4 te kunnen beantwoorden zijn voor beroepsbeoefenaars twee groepsinterviews georganiseerd en twee internet discussiegroepen opgezet in de vorm van een forum. Het opzetten van de forums is gedaan ter vervanging van een deel van de groepsinterviews die volgens het oorspronkelijke voorstel gehouden zouden worden. Gezien het korte tijdsbestek waarin de interviews gehouden moesten worden was dit een snelle manier om beroepsbeoefenaars met elkaar in contact te brengen om ideeën en meningen over multidisciplinaire richtlijnen uit te wisselen. Deelnemers konden gedurende een aantal weken reageren op vragen en stellingen op momenten dat het hen uitkwam, vanaf hun eigen werkplek. De functies van de deelnemers waren niet openbaar, met als voordeel dat verschil in functies (en eventueel daaraan toegekende status) de uitwisseling van ideeën en ervaringen niet kon belemmeren. De lijst met te benaderen personen is samengesteld door in de overzichten van richtlijnwerkgroepen te zoeken naar beroepsbeoefenaars uit verschillende disciplines. Daarnaast is de lijst aangevuld met ongeveer 15 vertegenwoordigers van verschillende beroeps- of wetenschappelijke verenigingen die aanwezig waren op het EBRO-symposium op 29 november 2006 in Utrecht of op de Invitational Conference ‘ Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg, tweede fase’ bij ZonMw op 6 december 2006.

In totaal zijn 99 beroepsbeoefenaars uit verschillende disciplines uitgenodigd voor een van de groepsinterviews of internet discussiegroepen. Tabel 4.2 beschrijft de verschillende disciplines waaruit de genodigden en deelnemers afkomstig zijn. In totaal hebben 34 beroepsbeoefenaars deelgenomen aan de studie verdeeld over twee groepsinterviews en twee internet groepsdiscussies (zie tabel 4.3).

We hebben ervoor gekozen eerst 30 personen uit te nodigen voor een eerste internet forum om te onderzoeken of het opzetten van een tweede forum de moeite waard zou zijn. Deze groep van 30 is niet van tevoren naar bereidheid gevraagd maar heeft direct een inlogcode ontvangen per e-mail. Vanwege de beperkte initiële reacties op het forum is na een week besloten de groep van dertig personen telefonisch te benaderen met de vraag of zij alsnog zouden willen deelnemen aan het forum. Uiteindelijk hebben 16 personen actief deelgenomen aan het eerste forum.

De resterende 69 personen op de lijst zijn per e-mail en vervolgens telefonisch benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan een groepsinterview. De 57 personen die om verschillende redenen niet aanwezig konden zijn bij het groepsinterview is gevraagd of zij bereid waren deel te nemen aan het tweede forum op internet. Van de 18 personen die



Tabel 4.2 Aantal benaderde en deelnemende beroepsbeoefenaars naar discipline

Discipline	Aantal deelnemers t.o.v. aantal benaderd
Huisartsen	2 van 8
Medisch specialisten	11 van 43
Verpleegkundigen	3 van 6
Verloskundigen	0 van 4
Apothekers	1 van 4
Bedrijfsartsen	3 van 7
Verzekeringsartsen	3 van 4
Psychologen, psychotherapeuten	3 van 8
Maatschappelijk werkers, creatief therapeuten, psychomotorisch therapeuten	1 van 3
Fysiotherapeuten/ergotherapeuten/oefentherapeuten	5 van 6
Diëtisten	1 van 2
Overig (managers, afdelingshoofden, beleidsmedewerkers)	1 van 4

Tabel 4.3 Aantal benaderde en deelnemende beroepsbeoefenaars, uitgesplitst naar 'bijeenkomst'

Aanpak	Aantal gevraagd om deel te nemen	Aantal deelnemers
Internet discussiegroep I	30 (vrijblijvend)	16 actief
Groepsinterview I of II	69	10 aanwezig
Internet discussiegroep II	57	10 actief (waarvan 2 ook aanwezig bij een groepsinterview)
Totaal	99	34

toezegden hebben uiteindelijk 10 personen actief deelgenomen aan het forum. Gedurende de tijd dat de forums toegankelijk waren, het eerste forum vijf weken (vanwege de feestdagen/jaarwisseling) en het tweede forum drie weken, zijn de deelnemers gevraagd te reageren op acht vragen en stellingen. Deze vragen en stellingen werden in drie fasen op het forum geplaatst. Gedurende drie opeenvolgende weken zijn iedere week nieuwe vragen en/of stellingen toegevoegd op het forum. De deelnemers werden vervolgens per e-mail op de hoogte gebracht van de aanwezigheid van de nieuwe vragen en/of stellingen en gevraagd erop te reageren. Het bleef gedurende de looptijd van het forum mogelijk te reageren op eerder geïntroduceerde vragen en stellingen. De volgende vragen en stellingen zijn op de forums voorgelegd:

## **Week 1**

### **Vraag 1**

Graag willen we van u weten hoe richtlijnen verbreed én vernieuwd kunnen worden. We bedoelen daar bijvoorbeeld mee:

- dat meerdere soorten zorgverleners met de richtlijn gaan werken. Bijvoorbeeld artsen, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen, maatschappelijk werkers en psychologen;
- dat ook andere belanghebbenden, zoals patiënten, opleiders en zorgverzekeraars, bij de richtlijn betrokken kunnen worden;
- dat ook arbeidsgerelateerde onderwerpen in de richtlijn worden opgenomen (bijvoorbeeld arbeidsmogelijkheden, hulpmiddelen);

Wilt u aangeven hoe één of meer van bovengenoemde elementen volgens u in de praktijk het beste aangepakt zou kunnen worden?

### **Vraag 2a\***

Hoe kan een multidisciplinaire richtlijn efficiënt en snel ontwikkeld worden?

### **Stelling 2b\***

Multidisciplinaire richtlijnen moeten zich ook richten op de gevolgen van ziekte en ziek-zijn voor maatschappelijk participeren. Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

\* Vraag 2a is gesteld op het eerste forum, op het tweede forum is de vraag vervangen door stelling 2b

## **Week 2**

### **Stelling 1**

Nadat een richtlijn ontwikkeld is moet hij goedgekeurd worden door de toekomstige gebruikers, het zogenaamde autoriseren of legitimeren. Om deze procedure zo kort mogelijk te houden luidt de stelling:

Een organisatie die formeel onafhankelijk is van de gebruikersgroepen moet de richtlijn goedkeuren. Zij beoordeelt de kwaliteit van de procedure die gevolgd is bij de ontwikkeling van de richtlijn. De toekomstige gebruikersgroepen moeten deze verantwoordelijkheid mandateren aan deze organisatie. Uiterlijk drie maanden na oplevering van de conceptrichtlijn is de tekst geautoriseerd. Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

### **Stelling 2**

Bij multidisciplinaire richtlijnen moet één partij verantwoordelijk zijn voor het actualiseren van de richtlijn. De beroepsgroep die de belangrijkste gebruikersgroep van de richtlijn is, moet de verantwoordelijkheid voor het actualiseren op zich nemen. Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

### **Stelling 3**

ZonMw streeft zowel naar verbreding van richtlijnen (bijv. meerdere gebruikersgroepen) als naar versnelling van de ontwikkeling daarvan. De stelling luidt: Verbreding en versnelling kunnen niet samengaan. Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

### **Week 3**

#### **Vraag 3**

Als een richtlijn ontwikkeld is, moet het veld die richtlijn daadwerkelijk gaan gebruiken. Kwaliteitsinstrumenten (bijvoorbeeld informatie- en scholingsmateriaal, klinische paden, visitaties, en kwaliteitsindicatoren) zijn hulpmiddelen om het gebruik te stimuleren. Welke kwaliteitsinstrumenten zouden bij een richtlijn ontwikkeld moeten worden om de kans op gebruik te verhogen?

#### **Vraag 4**

Vindt u dat er in een richtlijn kwaliteitsindicatoren (structuur-, proces- en uitkomstindicatoren) moeten staan?

Wilt u ook aangeven waarom u dat vindt?

Tijdens de groepsinterviews zijn, aan de hand van vier kaarten c.q. onderwerpen, acht vragen en stellingen aan de orde gekomen. De kaarten zijn per stuk besproken nadat de deelnemers per kaart eerst vijf minuten de gelegenheid kregen over de vragen of stellingen na te denken. De inhoud van de kaarten was als volgt:

### **Kaart 1: Betrokken partijen**

#### **Vraag 1**

Een of meerdere partijen moeten de ontwikkelingsactiviteiten coördineren. Te denken valt bijvoorbeeld aan een beroepsvereniging, een onafhankelijk kennisinstituut, of een ad hoc opgerichte werkgroep.

Wie kan het beste de voortrekkersrol spelen bij het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn?

#### **Vraag 2**

Naast de voortrekkers, kan een bredere groep betrokken worden bij de richtlijnontwikkeling. Te denken valt aan deskundigen die veel van het onderwerp weten, bepaalde andere disciplines die met de zorg te maken hebben, zorggebruikers, en zorgverzekeraars.

Wie moeten bij het ontwikkelen van een richtlijn betrokken worden en waarom?

#### **Vraag 3**

Moet er in de richtlijn aandacht zijn voor het maatschappelijk participeren van zorggebruikers, zoals deelname aan het arbeidsproces? En zo ja, hoe?

### **Kaart 2: Vorm waarin de richtlijn gegoten wordt**

#### **Vraag 1**

Multidisciplinaire richtlijnen kunnen op verschillende manieren vormgegeven worden. Te denken valt aan een brede multidisciplinaire richtlijn waarin alle aanbevelingen staan met de verantwoording van die aanbevelingen. Of aan een richtlijn die bestaat uit een multidisciplinair deel waarin het zorgpad beknopt beschreven wordt met daaraan gekoppeld enkele monodisciplinaire delen. Ook kan men erover verschillen in welke mate richtlijnen

achtergrondinformatie moet bevatten.

Aan wat voor soort richtlijn geeft u de voorkeur en waarom?

### **Kaart 3: Goedkeuring en beheer**

#### **Stelling 1**

Nadat een richtlijn ontwikkeld is wordt hij doorgaans voor goedkeuring voorgelegd aan anderen, het zogenaamde autoriseren of legitimeren. Om deze procedure zo kort mogelijk te houden luidt de stelling:

Een organisatie die formeel onafhankelijk is van de gebruikersgroepen moet de richtlijn goedkeuren. Zij beoordeelt de kwaliteit van de procedure die gevolgd is bij de ontwikkeling van de richtlijn. De toekomstige gebruikersgroepen moeten deze verantwoordelijkheid mandateren aan deze organisatie. Uiterlijk drie maanden na oplevering van de conceptrichtlijn is de tekst geautoriseerd.

Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

#### **Stelling 2**

Bij multidisciplinaire richtlijnen moet één partij verantwoordelijk zijn voor het actualiseren van de richtlijn. De beroepsgroep die de belangrijkste gebruikersgroep van de richtlijn is, moet de verantwoordelijkheid voor het actualiseren, inclusief financiering, op zich nemen.

Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

### **Kaart 4: Stimuleren van het gebruik van een richtlijn**

#### **Vraag 1**

Als een richtlijn ontwikkeld is worden zorgverleners veelal op de hoogte gesteld van het bestaan van de richtlijn. Bijvoorbeeld via de vakbladen. Het is algemeen bekend dat dit niet genoeg is om zorgverleners ertoe te zetten dat ze volgens de richtlijn gaan werken. In de richtlijn zelf kunnen wel al onderdelen zijn opgenomen die het gebruik vergemakkelijken. Voorbeelden zijn folders, beslisbomen, samenvattingskaarten, handleidingen, kwaliteitsindicatoren.

Welke onderdelen zouden in de richtlijn opgenomen moeten worden zodat de kans groter wordt dat u daadwerkelijk met de richtlijn gaat werken?

#### **Vraag 2**

Daarnaast kunnen allerlei activiteiten georganiseerd worden om het gebruik te stimuleren. Daarbij kan gedacht worden aan scholing, visitatie, intercollegiale toetsing, en het geven van feedback. Ook kan eraan gedacht worden dat zorgverzekeraars of de Inspectie voor de Gezondheidszorg afspraken maken over het gebruik.

Welke activiteiten bevorderen dat zorgverleners de richtlijn gaan gebruiken?

### **4.2.3 Data-extractie en analyse**

De groepsinterviews zijn letterlijk uitgeschreven. Alle teksten, dat wil zeggen de uitgeschreven groepsinterviews en de reacties via de internet discussiegroepen zijn vervolgens gecodeerd met de in paragraaf 3.2.2 beschreven trefwoorden. In de resultaten

worden de reacties samengevat. De beschrijvingen bevatten ervaringen en meningen van de deelnemers. Vanwege het kwalitatieve karakter van het materiaal kunnen de resultaten niet getalsmatig (of in termen van meerderheid of minderheid) worden weergegeven.

### **4.3 Resultaten**

In twee groepsinterviews en twee internet discussiegroepen zijn de meningen van de beroepsbeoefenaars ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen geïnventariseerd. In de eerste subparagraaf wordt ingegaan op de vraag of het mogelijk is tegelijkertijd de richtlijnen te verbreden én het ontwikkelingsproces te versnellen. Vervolgens wordt in de tweede subparagraaf ingegaan op de gewenste inhoud van richtlijnen, waaronder het verbreden naar het functioneren in het arbeidsproces. In de derde subparagraaf wordt ingegaan op de gewenste deelnemers aan het ontwikkelingsproces: de rol van beroepsbeoefenaars zélf, andere deelnemers, en de voortrekker in het ontwikkelingsproces. De vierde subparagraaf gaat in op de manier waarop de ontwikkeling van de richtlijn georganiseerd zou kunnen worden. De vijfde subparagraaf gaat in op het proces van goedkeuren, het eigendom en het actualiseren van een richtlijn. Welke kwaliteitsinstrumenten het gebruik van een multidisciplinaire richtlijn volgens beroepsbeoefenaars kunnen bevorderen staat in de zesde subparagraaf. De resultaten worden beknopt samengevat in de laatste paragraaf.

#### **4.3.1 *Draagvlak voor verbreding en versnelling***

Op de vraag of het mogelijk is om tegelijkertijd richtlijnen te verbreden én het ontwikkelingsproces te versnellen, een doelstelling van het KKCZ-programma, wordt door de beroepsbeoefenaars verdeeld gereageerd. Degenen die aangeven dat verbreden en versnellen niet samengaan geven veelal als reden dat verbreden automatisch betekent dat er veel meer mensen betrokken raken bij de besluitvorming, waardoor er meer tijd nodig is om tot overeenstemming te komen. Versnellen zou dan ten koste gaan van de kwaliteit van de richtlijn. Daarnaast wordt aangegeven dat het gebruik van moderne communicatietechnieken, een oplossing die in dit kader vaak wordt voorgesteld, geen vervanging is voor bijeenkomsten. Het elkaar fysiek ontmoeten is belangrijk voor een goede communicatie en besluitvorming. Er zijn echter ook beoefenaars die wel kansen zien om te versnellen. Hun ideeën daarover worden in de volgende paragrafen vermeld.

Enkele medisch specialisten vinden het betreuringswaardig dat het toekomstige KKCZ-programma van start gaat zonder dat het voorafgaande EBRO (Evidence Based RichtlijnOntwikkeling) programma geëvalueerd is, waardoor er geen onderbouwing is voor een overstap naar een andere aanpak van richtlijnontwikkeling. Het heeft volgens hen tot gevolg dat de door medisch specialisten opgebouwde expertise in richtlijnontwikkeling niet ten volle wordt benut en dat anderen (mee)beslissen waarover een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld wordt. Door zowel de keuze voor het onderwerp, als het ontwikkelingsproces weg te halen bij de medisch specialisten vermindert mogelijk het animo om mee te doen aan richtlijnontwikkeling.

### 4.3.2 *Inhoud van een multidisciplinaire richtlijn*

#### *Arbeid*

De meningen over de rol die arbeid zou moeten spelen in een richtlijn lopen uiteen. Enkele medisch-specialisten vinden dat dit niet zou moeten gebeuren omdat ervoor gewaakt moet worden alles in één richtlijn te stoppen en te algemene onderwerpen in een richtlijn op te nemen. Anderen geven aan dat de gevolgen voor het functioneren in een aparte paragraaf kunnen worden opgenomen of dat er in de richtlijn een verwijzing komt naar de richtlijnen van bedrijfs- en arbo-artsen. De meerderheid van de geraadpleegde beroepsbeoefenaars is echter van mening dat het wenselijk is in een richtlijn aandacht te besteden aan arbeid voor zover de behandeling daarop van invloed kan zijn. Deze beroepsbeoefenaars vinden dat het niet alleen gaat om arbeid, maar om het gehele maatschappelijke functioneren van de cliënt.

#### *De vorm van een multidisciplinaire richtlijn*

In de discussies zijn verschillende vormen besproken van multidisciplinaire richtlijnen. Er is geen duidelijke voorkeur naar voren gekomen voor één bepaalde vorm. De vormen zijn (in willekeurige volgorde):

- Een brede multidisciplinaire richtlijn, veelal in boekvorm. Deze vorm lijkt op de multidisciplinaire richtlijnen die tot nu toe gemaakt zijn. In de richtlijn wordt voor een groot aantal uitgangsvragen dat behandeld wordt. Als risico van deze vorm wordt gezien dat er aan het eind van het traject nog niets ligt wat in de praktijk goed bruikbaar is. Veelal wordt niet duidelijk aangegeven wat welke discipline doet. Sommigen geven aan dat de aanbevelingen te algemeen blijven. De verschillende disciplines moeten daarna op basis van deze richtlijn een vertaling maken voor de zorg die zij geven aan de cliënten.
- Een multidisciplinaire richtlijn met de diagnostiek en medisch specialistische behandeling als kern, met daaraan gekoppeld de zorg van andere beroepsbeoefenaars. Vanuit medisch-specialistische hoek wordt een trapsgewijze ontwikkeling voorgesteld met als uitgangspunt de medisch-specialistische zorg. Daarbij wordt gestart met het maken van een richtlijn voor de medische diagnostiek en behandeling. In de loop van het traject zal vervolgens duidelijk worden op welke onderdelen een uitwerking nodig is naar andere beroepsbeoefenaars. Andere beroepsbeoefenaars vinden dit veelal geen wenselijke aanpak, zeker als het een chronische ziekte betreft.
- Een multidisciplinaire richtlijn met de zorgketen als kern, met daaraan gekoppeld uitgewerkte mono- of multidisciplinaire delen. Hierbij is de zorgketen het centrale uitgangspunt voor de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn. Daardoor staat de zorg van alle disciplines die te maken hebben met de problematiek centraal. Door deze aanpak, zo verwacht men, wordt de samenhang van de zorg bevorderd als ook de betrokkenheid van alle disciplines bij de richtlijnontwikkeling.
- Monodisciplinaire richtlijnen als basis met multidisciplinaire werkafspraken daaraan gekoppeld. Sommigen geven aan dat, wil een multidisciplinaire richtlijn werkelijk bijdragen tot geïntegreerde zorg, elke regio zijn eigen inkleuring moet (kunnen) geven aan de richtlijn door samenwerkingsafspraken tussen de

verschillende beroepsbeoefenaars te maken. Dit zou kunnen gebeuren door te starten met monodisciplinaire richtlijnen en daar een extra paragraaf toe te voegen met suggesties voor werkafspraken, zoals dat ook door het NHG gedaan wordt door het ontwikkelen van LTA's (werkafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten) of LESA's (werkafspraken tussen huisartsen en andere professionals in de eerste lijn). Dit kan de samenwerking in de regio bevorderen.

### **4.3.3 Betrokken partijen**

#### *Deelname van beroepsbeoefenaars*

Over het algemeen zijn de beroepsbeoefenaars van mening dat de meest betrokken beroepsbeoefenaars de centrale partij zouden moeten zijn bij het maken van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen.

Beroepsbeoefenaars geven aan dat, nadat het doel van een multidisciplinaire richtlijn duidelijk is, een beperkte kerngroep geformeerd moet worden met daarin de belangrijkste betrokken beroepsbeoefenaars. Er zou een analyse moeten plaatsvinden van de meest aangewezen direct betrokken disciplines. Dit moet zorgvuldig gebeuren omdat het vergeten van een discipline niet bevordelijk is voor het latere draagvlak van de richtlijn. Vervolgens zou men er zorg voor moeten dragen dat de onderwerpen (knelpunten of uitgangsvragen) zodanig gekozen worden dat ze meerdere disciplines aangaan. Naast deze kerngroep zou een brede groep beroepsbeoefenaars geformeerd kunnen worden die als klankbordgroep voor de kerngroep optreedt.

#### *Andere partijen*

Veel beroepsbeoefenaars geven aan dat het ontwikkelen van een richtlijn primair iets is van de beroepsbeoefenaars zélf omdat zij ermee moeten gaan werken. Daarnaast worden de cliënten en onafhankelijk kennisinstituten genoemd als partijen.

De mening over of en hoe cliënten een rol zouden kunnen spelen in de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen lijkt samen te hangen met de discipline van de beroepsbeoefenaar. Beroepsbeoefenaars met zeer medisch-specialistisch werk geven aan dat richtlijnen vooral onderbouwd moeten worden met wetenschappelijk bewijs. Cliënten hoeven daar in hun visie geen rol bij te spelen. Andere beroepsbeoefenaars geven aan dat de best beschikbare wetenschappelijke bewijzen gecombineerd moeten worden met de beschikbare praktijkervaringen van beroepsbeoefenaars en de ervaringskennis van cliënten. Deze beroepsbeoefenaars hechten meer waarde aan de inbreng van cliënten.

De meeste beroepsbeoefenaars geven aan dat het ontwikkelingsproces idealiter wordt ondersteund door een onafhankelijk opererend, professioneel secretariaat.

Beroepsbeoefenaars zijn vrijwel unaniem van mening dat zorgverzekeraars geen rol moeten hebben bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Sommigen geven aan dat zorgverzekeraars wel uitgenodigd kunnen worden bij het inventariseren van knelpunten en het formuleren van onderwerpen (knelpunten of uitgangsvragen). De reden voor het verder niet betrekken van zorgverzekeraars is dat verzekeraars vanuit een ander

belang naar richtlijnen kijken die, aldus de beroepsbeoefenaars, vaak ver van de belangen van de gebruikers staan. Een meerderheid vindt echter wel dat zorgverzekeraars een rol zouden moeten spelen bij de implementatie, bijvoorbeeld door de richtlijnen te gebruiken bij het stellen van kwaliteitseisen aan de zorgaanbieders.

#### *De voortrekker*

Over het algemeen geeft men aan dat een beperkte kerngroep het beste de centrale voortrekkersrol kan vervullen, daarbij gefaciliteerd door een onafhankelijke secretaris die goed op de hoogte is van hoe richtlijnen ontwikkeld kunnen worden.

#### **4.3.4 Ontwikkelingsproces: mogelijkheden voor verbreden én versnellen**

Beroepsbeoefenaars hebben aangegeven welke mogelijkheden zij zien om tegelijkertijd te verbreden en te versnellen. De volgende aangrijpingspunten worden daarbij genoemd:

- Voorbereidingsperiode. De complexiteit en de breedte van de problematiek, alsmede de aanwezigheid van controverses bepalen in belangrijke mate de doorlooptijd. Door veel energie te steken in de voorbereiding, kan de ontwikkeling volgens de beroepsbeoefenaars versneld worden. In deze voorbereidingsperiode zouden de knelpunten moeten worden geïnventariseerd, het doel van de richtlijn moeten worden vastgesteld, en heldere uitgangsvragen moeten worden geformuleerd. De ondervraagde personen geven aan dat niet alles in een richtlijn vevat hoeft te worden en niet alle knelpunten op te lossen zijn met een richtlijn. Het afbakenen van het terrein en de uitgangsvragen draagt bij tot een snel eindresultaat.
- De organisatie van het ontwikkelingsproces. Tot nu toe wordt bij multidisciplinaire richtlijnen vaak gewerkt met een omvangrijke, breed samengestelde werkgroep. Discussies vonden in deze werkgroep plaats en de werkgroepleden konden allemaal onderdelen van de richtlijn schrijven. Soms vereiste dat achteraf veel redactiewerk. Dit proces zou anders ingericht kunnen worden door te werken met een beperkte kerngroep van vijf tot zeven personen. De kerngroepleden moeten goed kunnen schrijven omdat zij de richtlijn gaan schrijven. De kerngroep beoordeelt eveneens de literatuur. Zij zouden daar goede professionele ondersteuning bij moeten krijgen van bijvoorbeeld een onafhankelijk instituut. De aanbevelingen worden geformuleerd in overleg met de grotere, breed samengestelde (werk)groep. Omdat de kerngroepleden veel werk moeten verzetten wordt het noodzakelijk gevonden dat deze personen voor dit werk betaald krijgen.
- Intensief gebruik van internet. Mensen kunnen sneller en beter geïnformeerd worden en sneller reageren indien gebruik gemaakt wordt van internet en e-mail.
- Duidelijke procedurele afspraken. Duidelijke afspraken, plannings, taakomschrijvingen en structurering van de plenaire bijeenkomsten zouden de ontwikkelingstijd kunnen versnellen, aldus de ondervraagde beroepsbeoefenaars. Het ontwikkelingsproces kan gesplitst worden in meerdere, parallel lopende deelprocessen (bijvoorbeeld meerdere uitgangsvragen tegelijk uitwerken).
- Een goede voorzitter. Veel beroepsbeoefenaars noemen het belang van een goede



voorzitter. Sommigen geven aan dat die onafhankelijk moet zijn. Bij voorkeur is de voorzitter daadkrachtig en ervaren. De voorzitter moet ervoor waken dat er duidelijke, strakke afspraken gemaakt worden en deadlines worden vastgelegd.

- Starten vanuit bestaande richtlijnen. In het kader van het zoeken naar manieren om efficiënt en snel multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen zijn er beroepsbeoefenaars die voorstellen om eerst te inventariseren welke richtlijnen er in Nederland reeds bestaan. Vervolgens zou bekeken kunnen worden op welke manier de richtlijnen met elkaar te verbinden zijn, analoog aan de LTA's en LESA's van het NHG.

Beroepsbeoefenaars geven aan dat het bij multidisciplinaire richtlijnen moeilijker is om draagvlak voor de richtlijn te krijgen. Daarom zou extra veel zorg en aandacht besteed moeten worden aan de samenstelling van de diverse groepen. Werkgroepleden zouden een duidelijk mandaat moeten krijgen van hun organisatie.

Daarnaast stellen sommige beroepsbeoefenaars voor te zorgen dat de verschillende disciplines een evenwichtige inbreng hebben in het ontwikkelingsproces en een herkenbaar onderdeel hebben binnen de uiteindelijke richtlijn.

#### **4.3.5 Goedkeuring, eigendom en actualiseren**

##### *Goedkeuring*

De discussie over de procedure om de richtlijn goed te keuren werd gevoerd naar aanleiding van de stelling dat een richtlijn in maximaal drie maanden goedgekeurd kan worden als de goedkeuring overgelaten wordt aan een onafhankelijke organisatie die de procedures bij het tot stand komen van de richtlijn beoordeelt. Sommige beroepsbeoefenaars geven aan dat de kwaliteit van de gevolgde procedure het best beoordeeld kan worden door een onafhankelijke organisatie, maar dat dit de goedkeuring door de beroepsverenigingen niet kan vervangen. De meeste beroepsbeoefenaars zijn het dan ook hartgrondig oneens met de stelling omdat beroepsbeoefenaars verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de richtlijn en alleen zij de inhoud kunnen goedkeuren. Zij geven aan dat de goedkeuringsprocedure onlosmakelijk verbonden is aan het verwerven van draagvlak voor de toekomstige richtlijn. De discussies bij het goedkeuren dragen bij aan de acceptatie van de richtlijn door de beroepsbeoefenaars en het implementeren van de richtlijn in het veld. Sommigen geven aan dat het vanuit het oogpunt van implementatie niet erg is dat deze procedures veelal een jaar in beslag nemen: acceptatie is belangrijker dan versnelling.

Enkele beroepsbeoefenaars verwachten dat de uiteindelijke goedkeuring versneld kan plaatsvinden als de procedures efficiënter worden ingericht. Suggesties daarvoor zijn:

- Gedurende het ontwikkelingsproces moeten de afgevaardigden in de werkgroep intensief overleg plegen met hun achterban.
- Daarbij kunnen standaard commentaarformulieren gebruikt worden waarmee de achterban kan reageren.
- Er zou duidelijk aangegeven moeten worden welke wijzigingen er in de tekst zijn aangebracht naar aanleiding van welk commentaar.
- De autorisatieprocedures bij de verschillende partijen zouden beter op elkaar

afgestemd kunnen worden en er zouden eisen gesteld kunnen worden aan de maximale doorlooptijd van deze procedure. Als de verschillende partijen gedurende het ontwikkelingsproces al intensief overleggen met hun achterban dan zou het draagvlak voor de aanbevelingen al gedurende het ontwikkelingsproces ontstaan en wordt de goedkeuring van de definitieve richtlijn een formaliteit.

Door ervoor te zorgen dat gedurende het gehele ontwikkelingsproces hier aandacht voor is, zou de fase tussen het gereedkomen van de uiteindelijke richtlijn en de formele goedkeuring door de verschillende partijen vrij snel moeten gaan (sommigen spreken van één maand).

### *Eigendom*

Multidisciplinaire richtlijnen zouden, volgens de beroepsbeoefenaars, van de beroepsgroepen moeten zijn. Zij hebben de richtlijnen ontwikkeld en werken er mee.

### *Actualiseren*

Het zorg dragen voor het actualiseren van de richtlijn wordt door een aantal beroepsbeoefenaars als een knelpunt ervaren. Of een richtlijn geactualiseerd wordt zal afhangen van de interesse voor de richtlijn en de praktische toepassing ervan.

Aangegeven wordt dat er bij de afronding van de richtlijn expliciete afspraken gemaakt moeten worden over hoe er omgegaan wordt met het actualiseren van de richtlijn.

Bijvoorbeeld door na een afgesproken periode na te gaan op welke punten actualiseren nodig is. Als bijkomend knelpunt wordt de financiering van het actualiseren genoemd.

Een aantal beroepsbeoefenaars geeft aan dat zonder extra financiering een richtlijn in de vergetelheid raakt zo gauw de richtlijn aan actualiteit inboet.

De beroepsbeoefenaars geven veelal aan dat een brede groep moet beoordelen of het nodig is een richtlijn te actualiseren. De verantwoordelijkheid voor het actualiseren van multidisciplinaire richtlijnen kan niet bij één gebruikersgroep gelegd worden omdat deze de ontwikkelingen in de andere disciplines niet kan overzien. De termijn waarop geactualiseerd moet worden hangt af van de snelheid waarmee de ontwikkelingen plaatsvinden. Op sommige vakgebieden gaat de ontwikkeling zo snel, dat er regelmatig aanpassingen van de richtlijn moeten plaatsvinden.

De coördinatie van het actualiseren zou bij één partij ondergebracht kunnen worden, aldus de beroepsbeoefenaars. Zij zijn bijvoorbeeld het aanspreekpunt voor degenen die vinden dat een onderdeel geactualiseerd moet worden en organiseren vergaderingen. Er worden verschillende voorstellen gedaan wie die coördinatie zou kunnen doen. Genoemd worden: een onafhankelijk (kennis)instituut, één van de hoofdgebruiker(s) van de richtlijn, de oorspronkelijke kerngroep, een afgeslankte kerngroep (een deel van de oorspronkelijke kerngroep leden) of een cliëntenorganisatie.

Versnelling van het actualiseren kan worden bereikt door richtlijnen niet in zijn geheel, maar op onderdelen te actualiseren. In dit kader noemen beroepsbeoefenaars de term 'levende richtlijnen', waarmee zij bedoelen dat de processen zo worden ingericht dat beroepsbeoefenaars continu verzoeken tot wijzigingen en aanvullingen (zoals nieuwe ontwikkelingen, nieuwe wetenschappelijke evidentie) kunnen indienen. Internet kan hierbij een handig hulpmiddel zijn. Op grond van de reacties wordt regelmatig bekeken op welke punten de richtlijn aangepast moet worden.

#### 4.3.6 *Kwaliteitsinstrumenten en andere implementatiemethoden*

Allereerst wordt opgemerkt dat door goed communiceren met de achterban gedurende het gehele ontwikkelings- en autorisatieproces er al een belangrijke basis gelegd wordt voor het latere gebruik van de richtlijn. De mate waarin de leden van de beroepsgroep betrokken zijn geweest bij het ontwikkelingstraject bepaalt de slaagkans van een richtlijn. Vooral vanuit de medisch specialisten wordt aangegeven dat het belangrijk is dat alle individuele leden van de beroepsgroep de mogelijkheid krijgen om op de richtlijn te reageren. Als dit op een goede manier verloopt, met ruime aandacht voor discussie, dan legt dat een belangrijke basis voor het latere gebruik van de richtlijn.

De beroepsbeoefenaars opperen een aantal ideeën over implementatie en kwaliteitsinstrumenten die hieronder in willekeurige volgorde besproken worden:

- Goede toegankelijkheid en ontsluiting. Internet is een medium dat hiervoor mogelijkheden biedt. Elke partij moet gemakkelijk het stuk kunnen vinden dat voor die partij relevant is. Daar zouden allereerst de aanbevelingen te vinden moeten zijn. Van daaruit zou doorgeklikt moeten kunnen worden naar de verantwoording. Door de richtlijn via internet te ontsluiten kunnen er ook verbanden gelegd worden met andere richtlijnen en afspraken.
- Brede bekendmaking. Er moet ruime bekendheid gegeven worden aan de richtlijn (door bijvoorbeeld publicaties in vakbladen) en de richtlijn moet voor alle betrokkenen makkelijk beschikbaar zijn.
- Scholingsmateriaal en scholingen. Gesuggereerd wordt om scholingsmateriaal via e-learning aan te bieden met geaccrediteerde toetsing. Opleidingsinstellingen zouden gestimuleerd kunnen worden om een scholingsaanbod te verzorgen als er in de richtlijn methoden worden aanbevolen die nog niet overal gemeengoed zijn.
- Zorgpaden of zorgprofielen en beslissobomen. Als mogelijk knelpunt van multidisciplinaire richtlijnen wordt genoemd dat onduidelijk blijft wie, waarvoor en wanneer verantwoordelijk is. Daarom wordt benadrukt dat toekomstige richtlijnen hier extra aandacht voor moeten hebben door dit in een zorgketen te beschrijven.
- Intervisie en supervisie. Beroepsbeoefenaars kunnen als onderdeel van hun kwaliteitssysteem intervisie en/of supervisie bijeenkomsten organiseren. Daarbinnen zou men gebruik kunnen maken van de richtlijnen die er in de zorg zijn.
- Ondersteunende materialen. Bij de richtlijn zou er gekeken kunnen worden of er behoefte is aan ondersteunend materiaal, zoals een op de cliëntgroep aangepaste formulierenset en een cliëntenfolder.
- Visitatie en certificering door de beroepsgroep. Bij visitaties kan nagegaan worden in hoeverre de beroepsbeoefenaars de richtlijn gebruiken.
- Betrekken van studenten bij de ontwikkeling. Door studenten te betrekken bij de ontwikkeling van de richtlijnen wordt wellicht de kans groter dat zij later volgens die richtlijnen gaan werken.

Beroepsbeoefenaars vinden het wenselijk dat er kwaliteitsindicatoren in een multidisciplinaire richtlijn worden opgenomen waarmee het gebruik van de richtlijn gemeten kan worden. Deze indicatoren kunnen in de eerste plaats gebruikt worden om na

te gaan in welk opzicht verbeteracties nodig zijn. Op deze manier kan het werken volgens de richtlijn onderdeel worden van het kwaliteitssysteem. In de tweede plaats kunnen beroepsbeoefenaars bij visitaties met deze indicatoren zichtbaar maken in hoeverre zij de richtlijn hanteren.

Daarnaast geven sommige beroepsbeoefenaars aan dat er parallel aan de ontwikkeling van de richtlijn, indicatoren ontwikkeld zouden moeten worden die de transparantie van de kwaliteit van de zorg verbeteren en gebruikt kunnen worden door bijvoorbeeld cliënten. Opgemerkt wordt dat het ontwikkelen van dit type indicatoren een speciale expertise vereist. Hoewel de richtlijnwerkgroep een voorzet kan doen, zou hiervoor aparte expertise ingehuurd moeten worden. Vanwege dit specifieke ontwikkelingstraject wordt gesuggereerd om deze indicatoren pas op te nemen als de richtlijn geactualiseerd moet worden.

#### 4.3.7 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de wensen en verwachtingen beschreven van beroepsbeoefenaars ten aanzien van multidisciplinaire richtlijnen. De belangrijkste bevindingen zijn:

##### *Draagvlak voor verbreden en versnellen:*

- De beroepsbeoefenaars reageren verdeeld op de vraag of richtlijnen tegelijkertijd verbreed kunnen worden én sneller ontwikkeld.
- Met name vanuit de hoek van de medisch specialisten staan sommigen kritisch ten opzichte van het toekomstige KKCZ-programma, onder andere vanwege het sterke accent op verbreden van richtlijnen naar andere beroepsgroepen.

##### *Arbeid:*

- De meeste beroepsbeoefenaars vinden het verbreden van de richtlijnen met arbeid wenselijk voor zover de behandeling van invloed op arbeidsparticipatie kan zijn.
- Aandacht voor arbeid zou verbreed moeten worden naar aandacht voor maatschappelijke participatie.

##### *De vorm van een multidisciplinaire richtlijn:*

- In de discussies zijn verschillende vormen van multidisciplinaire richtlijnen naar voren gekomen, zonder dat er bij beroepsbeoefenaars een duidelijke voorkeur voor één bepaalde vorm uitkomt.

##### *Betrokken partijen:*

- Beroepsbeoefenaars zouden volgens henzelf de centrale partij moeten zijn bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen.
- Kennisinstituten moeten betrokken zijn voor ondersteunende werkzaamheden.
- Cliëntvertegenwoordigers moeten eveneens meestal betrokken worden (afhankelijk van het onderwerp. Bij zeer specialistische onderwerpen zou het minder nodig zijn).
- Zorgverzekeraars worden bij voorkeur niet betrokken bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, aldus beroepsbeoefenaars.

##### *Ontwikkelingsproces:*

- Beroepsbeoefenaars geven aan dat het bij multidisciplinaire richtlijnen moeilijker is om draagvlak voor

de richtlijn te ontwikkelen. Daarom moet er extra zorgvuldig opgetreden worden zodat alle deelnemers zich betrokken voelen.

- Een goede voorbereiding van het ontwikkelingsproces zou de uiteindelijke ontwikkeling kunnen versnellen. Een goede voorbereiding houdt onder andere in dat het terrein van de richtlijn wordt afgebakend en er een beperkt aantal duidelijke uitgangsvragen geformuleerd wordt.
- Er zou in ogenschouw genomen moeten worden dat een richtlijn geen oplossing is voor alle knelpunten.
- Een kleine kerngroep van vijf tot zeven personen moet de richtlijn ontwikkelen. Dat wil zeggen dat zij de literatuur zoeken en beoordelen en de concepten schrijven. De kerngroep zou ondersteund moeten worden door een onafhankelijk kennisinstituut.
- Omdat de kerngroepleden veel werk moeten verzetten wordt het noodzakelijk gevonden dat deze personen voor dit werk betaald krijgen.
- Intensief gebruik van internet tijdens de ontwikkeling wordt aanbevolen door de beroepsbeoefenaars.
- Duidelijke procedurele afspraken (planning, taakomschrijvingen) en een strakke organisatie zijn noodzakelijk.
- Een goede voorzitter wordt als een essentiële voorwaarde voor succesvolle ontwikkeling genoemd.
- Door gebruik te maken van bestaande richtlijnen zou het ontwikkelingsproces van multidisciplinaire richtlijnen versneld kunnen worden.

#### *Goedkeuren:*

- Volgens de beroepsbeoefenaars moet het goedkeuren of autoriseren (ook wel legitimeren genoemd) van de inhoud van een richtlijn gedaan worden door de beroepsorganisaties waarvan de leden met de richtlijn moeten gaan werken.
- Het autorisatieproces heeft een belangrijke bijdrage bij het verwerven van draagvlak.
- Er moet niet te veel nadruk liggen op het versnellen van deze procedure. Acceptatie is belangrijker dan versnellen, aldus de beroepsbeoefenaars.
- Het autorisatieproces verloopt sneller als afgevaardigden in de werkgroep gedurende het ontwikkelingsproces intensief hun achterban informeren en raadplegen, er standaard commentaarformulieren zijn waarop de achterban reacties kan geven, er duidelijk aangegeven wordt welke veranderingen zijn doorgevoerd in de concepten en de autorisatieprocedures van de deelnemende organisaties op elkaar worden afgestemd.

#### *Eigendom:*

- Multidisciplinaire richtlijnen zouden eigendom moeten zijn van de beroepsorganisaties, aldus de beroepsbeoefenaars.

#### *Actualiseren:*

- De beroepsbeoefenaars geven aan dat het belangrijk is om bij de afronding van de richtlijn alvast afspraken te maken over de actualisatie.
- Het wordt noodzakelijk gevonden dat er ook financiering is voor het actualiseren van richtlijnen.
- Een brede groep gebruikers zou erop moeten toezien of een richtlijn geactualiseerd zou moeten worden. De coördinatie daarvan zou bij één partij ondergebracht kunnen worden.
- De termijn waarop geactualiseerd moet worden hangt af van de snelheid waarmee ontwikkelingen plaatsvinden.
- Versnelling zou bereikt kunnen worden door regelmatig op onderdelen te actualiseren (in plaats van na een langere periode de gehele richtlijn).

*Aangrijpingspunten voor implementatie:*

- De beroepsbeoefenaars benadrukken dat de basis voor de latere implementatie wordt gelegd door de mate waarin beroepsbeoefenaars betrokken zijn geweest bij het ontwikkelingsproces.
- Een ontsluiting via internet met een gelaagde zoekstrategie. Eerst moeten per discipline de aanbevelingen gevonden worden. Van daaruit zou doorgeklikt moeten kunnen worden naar de verantwoording van de richtlijn. Ook zouden verbindingen naar andere richtlijnen gelegd kunnen worden.
- Beroepsbeoefenaars vinden het wenselijk dat er kwaliteitsindicatoren in de richtlijn worden opgenomen. Enerzijds zouden de indicatoren gebruikt moeten kunnen worden om na te gaan in hoeverre beroepsbeoefenaars handelen volgens de richtlijn. Daarnaast geven sommige beroepsbeoefenaars aan dat er ook indicatoren ontwikkeld zouden moeten worden waarmee de transparantie van de zorg verbeterd kan worden.
- Er moet ruime bekendheid gegeven worden aan de richtlijn.
- Scholing en scholingsmaterialen kunnen ontwikkeld worden.
- Zorgpaden/zorgprofielen/beslisbomen zouden in de richtlijn opgenomen moeten worden. Duidelijk moet zijn welke beroepsbeoefenaar, wanneer en wat zou moeten doen.
- Aandacht geven aan de richtlijn in intervisie en supervisie en bij visitatie en certificering door de beroepsgroep.
- Het ontwikkelen van ondersteunende materialen, zoals cliëntinformatie.
- Het betrekken van studenten bij de ontwikkeling zodat de kans groter wordt dat zij later volgens de richtlijn gaan werken.

## **5 Verbreding en vernieuwing: wensen en verwachtingen van cliënten, zorgverzekeraars en opleiders**

### **5.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 5 beantwoord:

*5 Wat zijn de wensen en verwachtingen van cliënten, zorgverzekeraars en opleiders ten aanzien van verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?*

### **5.2 Methode**

#### **5.2.1 Aanpak**

Voor een beschrijving van de wijze waarop ten behoeve van dit onderzoek gezocht is naar cliëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van opleidingen wordt verwezen naar paragraaf 4.2.1. In de volgende paragrafen wordt per groep besproken wie er heeft deelgenomen aan het onderzoek en welke vragen er aan hen gesteld zijn.

#### **5.2.2 Cliënten**

Om onderzoeksvraag 5 te kunnen beantwoorden vanuit het perspectief van cliënten zijn twee groepsinterviews georganiseerd voor vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties. De lijst met te benaderen personen is samengesteld door in de geselecteerde richtlijnwerkgroepen te zoeken naar cliëntvertegenwoordigers. Daarnaast zijn op advies van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) nog enkele medewerkers van cliëntenorganisaties aan de lijst toegevoegd. In totaal zijn 26 cliëntvertegenwoordigers per e-mail uitgenodigd voor één van de groepsinterviews. Onder deze personen bevonden zich voorzitters, beleidsmedewerkers, voorlichters, ervaringsdeskundigen en projectleiders van diverse cliëntenorganisaties en beleidsmedewerkers van de NPCF. Uiteindelijk hebben elf cliëntvertegenwoordigers deelgenomen aan de groepsinterviews en hebben twee cliëntvertegenwoordigers een schriftelijke reactie gegeven. Tabel 5.1 geeft een korte beschrijving van de deelnemende cliëntvertegenwoordigers.

Tabel 5.1 Achtergrond en functie van de deelnemende cliëntvertegenwoordigers

Achtergrond (aantal deelnemers)	Functie
Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (1)	Oprichter stichting
Ned. Ver. Van Posttraumatische Dystrofie Patiënten (1)	Voorzitter
NPCF (1)	Beleidsmedewerker
Ned. Fed. Van Kankerpatiëntenorganisaties (2)	Directeur / beleidsmedewerker
Diabetes Vereniging Nederland (2)	Directeur / ervaringsdeskundige
Parkinson Patiënten Vereniging (1)	Voormalig voorzitter
Maag Lever Darm Stichting (1)	Senior voorlichter
Reumapatiëntenbond (2)	Stafmedewerker / ervaringsdeskundige
Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad Nederland (1)	Projectleider
Borstkanker Vereniging Nederland (1)	Ervaringsdeskundige

Tijdens de groepsinterviews zijn, aan de hand van vier kaarten c.q. onderwerpen, zeven vragen en stellingen aan de orde gekomen. De kaarten zijn per stuk besproken nadat de deelnemers per kaart eerst vijf minuten de gelegenheid kregen over de vragen of stellingen na te denken. De inhoud van de kaarten was als volgt:

**Kaart 1: Betrokken partijen**

**Vraag 1**

Eén of meerdere partijen moeten de ontwikkelingsactiviteiten coördineren. Te denken valt bijvoorbeeld aan een beroepsvereniging, een onafhankelijk kennisinstituut, of een ad hoc opgerichte werkgroep.

Wie kan het beste de voortrekkersrol spelen bij het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn?

**Vraag 2**

Naast de voortrekkers, kan een bredere groep betrokken worden bij de richtlijnontwikkeling. Te denken valt aan deskundigen die veel van het onderwerp weten, bepaalde andere disciplines die met de zorg te maken hebben, zorggebruikers, en zorgverzekeraars.

Wie moeten bij het ontwikkelen van een richtlijn betrokken worden en waarom?

**Vraag 3**

Moet er in de richtlijn aandacht zijn voor het maatschappelijk participeren van zorggebruikers, zoals deelname aan het arbeidsproces? En zo ja, hoe?



**Kaart 2: Vorm waarin de richtlijn gegoten wordt**

**Vraag 1**

Multidisciplinaire richtlijnen kunnen op verschillende manieren vormgegeven worden. Te denken valt aan een brede multidisciplinaire richtlijn waarin alle aanbevelingen staan met de verantwoording van die aanbevelingen. Of aan een richtlijn die bestaat uit een multidisciplinair deel waarin het zorgpad beknopt beschreven wordt met daaraan gekoppeld enkele monodisciplinaire delen. Ook kan men erover verschillen in welke mate richtlijnen achtergrondinformatie moet bevatten.

Aan wat voor soort richtlijn geeft u de voorkeur en waarom?

**Kaart 3: Goedkeuring en beheer**

**Stelling 1**

Nadat een richtlijn ontwikkeld is wordt hij doorgaans voor goedkeuring voorgelegd aan anderen, het zogenaamde autoriseren of legitimeren. De stelling luidt:

Richtlijnen moeten altijd ter goedkeuring c.q. autorisatie voorgelegd worden aan zorggebruikers of cliëntenorganisaties.

Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

**Stelling 2**

Bij multidisciplinaire richtlijnen moet één partij verantwoordelijk zijn voor het actualiseren van de richtlijn. De beroepsgroep die de belangrijkste gebruikersgroep van de richtlijn is, moet de verantwoordelijkheid voor het actualiseren, inclusief financiering, op zich nemen.

Wat is uw reactie op deze stelling en waarom?

**Kaart 4: Stimuleren van het gebruik van een richtlijn**

**Vraag 1**

Als een richtlijn ontwikkeld is worden zorgverleners veelal op de hoogte gesteld van het bestaan van de richtlijn. Bijvoorbeeld via de vakbladen. Vindt u dat een richtlijn een apart deel moet bevatten voor cliënten. Zo ja, in welke vorm?

**5.2.3 Zorgverzekeraars**

Om onderzoeksvraag 5 te kunnen beantwoorden vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars is een korte vragenlijst opgesteld voor vertegenwoordigers van zorgverzekeraars. De lijst met te benaderen vertegenwoordigers is samengesteld in overleg met de opdrachtgever ZonMw en er is gebruik gemaakt van bestaande contacten van NIVEL medewerkers op dit terrein. Ook zijn adviserend geneeskundigen van diverse ziektekostenverzekeraars benaderd. In totaal zijn 20 vertegenwoordigers van negen verschillende zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland per e-mail gevraagd de vragenlijst in te vullen. Onder deze personen bevonden zich een voorzitter van de Raad van Bestuur, directeuren Zorg, adviserend geneeskundigen, een arts zorginkoop en een medisch adviseur. Uiteindelijk hebben tien personen de vragen beantwoord. Negen

personen hebben de vragen beantwoord uit naam van acht verschillende zorgverzekeraars (een voorzitter van de Raad van Bestuur, directeuren Zorg, een arts zorginkoop en adviserend geneeskundigen). Een medisch adviseur heeft de vragen beantwoord uit naam van Zorgverzekeraars Nederland.

De vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars hebben de volgende vragenlijst toegestuurd gekregen:

**Vraag 1**

Vindt u dat verzekeraars een rol moeten spelen bij het *ontwikkelen* van multidisciplinaire richtlijnen?

Als u dat niet vindt, wilt u dan aangeven waarom niet. Als u dat wel vindt, kunt u dan beschrijven welke bijdrage zorgverzekeraars daaraan willen leveren? (u kunt daarbij bijvoorbeeld denken aan de onderwerpskeuze, het mede bepalen van de aanbevelingen, financiering van het ontwikkelingsproces)

**Vraag 2**

Vindt u dat zorgverzekeraars het *gebruik* van multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk moeten stimuleren?

Als u dat niet vindt, wilt u dan aangeven waarom niet. Als u dat wel vindt, kunt u dan beschrijven op welke manier u dat als zorgverzekeraar zou willen stimuleren?

**Vraag 3**

Wilt u als zorgverzekeraar zelf gebruik maken van multidisciplinaire richtlijnen?

Zo nee, wilt u dan aangeven waarom niet. Zo ja, wilt u dan aangeven aan welke eisen een richtlijn moet voldoen opdat u er als zorgverzekeraar gebruik van kunt maken (bijvoorbeeld qua inhoud of format). Heeft u andere opmerkingen of suggesties over de ontwikkeling en het gebruik van multidisciplinaire richtlijnen dan vragen wij u deze hieronder te vermelden.

#### 5.2.4 Opleidingen

Om onderzoeksvraag 5 te kunnen beantwoorden voor de opleidingen is een korte vragenlijst opgesteld voor vertegenwoordigers van opleidingen (medische, verpleegkundige en paramedische opleidingen). De lijst met te benaderen vertegenwoordigers is samengesteld door in de geselecteerde lijsten van multidisciplinaire richtlijnwerkgroepen te zoeken naar werkgroepleden die een opleiding vertegenwoordigden. Daarnaast is gebruik gemaakt van bestaande contacten van NIVEL medewerkers op dit terrein. In totaal zijn twaalf personen per e-mail gevraagd de vragenlijst in te vullen. Onder deze personen bevonden zich hoogleraren, opleidingshoofden, lectoren en docenten van medische, verpleegkundige en paramedische opleidingen. Uiteindelijk hebben vijf personen de vragen beantwoord. Drie personen hebben de vragen beantwoord uit naam van een verpleegkundige opleiding (opleidingshoofd, opleidingsmanager en docent) en twee personen uit naam van een huisartsopleiding (opleidingshoofd, hoogleraar).

De opleidingsvertegenwoordigers hebben de volgende vragenlijst toegestuurd gekregen:

**Vraag 1**

Vindt u dat opleidingen een rol moeten spelen bij het *ontwikkelen* van multidisciplinaire richtlijnen?

Als u dat niet vindt, wilt u dan aangeven waarom niet. Als u dat wel vindt, kunt u dan beschrijven welke bijdrage opleidingen daaraan willen leveren?

**Vraag 2**

Vindt u dat opleidingen het *gebruik* van multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk moeten stimuleren?

Als u dat niet vindt, wilt u dan aangeven waarom niet. Als u dat wel vindt, kunt u dan beschrijven op welke manier u dat als opleider zou willen stimuleren?

**Vraag 3**

Wilt u als opleider binnen het onderwijscurriculum gebruik maken van multidisciplinaire richtlijnen?

Zo nee, wilt u dan aangeven waarom niet. Zo ja, wilt u dan aangeven aan welke eisen een richtlijn moet voldoen opdat u er als opleider binnen uw onderwijs gebruik van kunt maken (bijvoorbeeld qua inhoud of format). Heeft u andere opmerkingen of suggesties over de ontwikkeling en het gebruik van multidisciplinaire richtlijnen dan vragen wij u deze hieronder te vermelden.

### 5.2.5 *Data-extractie en analyse*

De groepsinterviews met de cliëntvertegenwoordigers zijn letterlijk uitgeschreven. Alle teksten, dat wil zeggen de uitgeschreven groepsinterviews en de schriftelijke reacties, zijn vervolgens gecodeerd met de in paragraaf 3.2.2 beschreven trefwoorden. In de resultaten worden de reacties samengevat. De beschrijvingen bevatten ervaringen en meningen van de deelnemers. Vanwege het kwalitatieve karakter van het materiaal kunnen de resultaten veelal niet getalsmatig (of in termen van meerderheid of minderheid) worden weergegeven. Omdat de meningen van zorgverzekeraars en opleiders meer gestandaardiseerd verzameld zijn, kunnen bij de presentatie van de resultaten hier en daar wel aantallen worden genoemd.

## 5.3 **Resultaten: wensen en verwachtingen van cliënten**

De wensen en verwachtingen van cliënten ten aanzien van hun rol bij de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen zijn geïnventariseerd in twee groepsinterviews. Daarnaast hebben twee personen hun ideeën op schrift gesteld. Nadat wordt ingegaan op het draagvlak, zal ingegaan worden op de door cliënten gewenste inhoud van richtlijnen. In de derde subparagraaf wordt ingegaan op wie er deel zouden moeten nemen aan het ontwikkelingsproces: cliënten, andere deelnemers, en de voortrekker in het ontwikkelingsproces. De vierde subparagraaf gaat in op de ideeën omtrent het ontwikkelingsproces. De vijfde subparagraaf beschrijft de wensen en verwachtingen ten aanzien van goedkeuren, eigendom en actualiseren van richtlijnen. De ideeën van cliëntvertegenwoordigers over hun rol bij de implementatie staan in de zesde

subparagraaf. De laatste subparagraaf vat de bevindingen samen.

### **5.3.1 *Draagvlak voor verbreding en versnelling***

In de interviews met cliëntvertegenwoordigers is niet gesproken over de haalbaarheid van het idee om zowel brede richtlijnen te maken als de ontwikkelingstijd te versnellen, maar wel over de wenselijkheid richtlijnen te verbreden. Sommige cliëntvertegenwoordigers zien het nieuwe KKCZ-programma als een kans om meer betrokken te zijn bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Een aantal cliëntvertegenwoordigers geeft aan dat cliënten in het verleden later dan gewenst bij het ontwikkelingsproces betrokken werden. Daarom wordt opgemerkt dat het er soms op lijkt alsof het cliëntenperspectief er dan bij wordt gehaald om de legitimiteit van de richtlijn te waarborgen.

Cliëntvertegenwoordigers willen graag vanaf het begin van de ontwikkeling betrokken worden (ook al bij de keuze waar richtlijnen voor ontwikkeld gaan worden). In dat stadium kan dan ook besloten worden wanneer cliënten waarbij en op welke manier een rol moeten spelen. Het toekomstige KKCZ programma zou deze mogelijkheid moeten bieden, aldus cliëntvertegenwoordigers.

### **5.3.2 *Inhoud van een multidisciplinaire richtlijn***

#### *Arbeid*

Sommige cliëntvertegenwoordigers vinden het niet nodig om in een richtlijn aandacht te besteden aan maatschappelijke participatie of arbeid omdat de richtlijn daarmee te breed wordt of omdat arbeid voor hun achterban minder relevant is. De meeste cliëntvertegenwoordigers vinden het echter wel belangrijk aandacht te besteden aan maatschappelijke participatie (zoals zorg voor anderen, huishouden, sociale contacten, vrijetijdsbesteding) en arbeid omdat dit elementen zijn van kwaliteit van leven. Door het opnemen van arbeid zouden beroepsbeoefenaars zich meer realiseren dat cliënten, bijvoorbeeld met kanker, nog kunnen werken. Anderzijds krijgen bedrijfs- en arbo-artsen een beter zicht op de consequenties van een ziekte voor het werk. Bij sommige ziekten, zoals anorexia nervosa, heeft werk ook een therapeutische waarde. Tijdens de groepsgesprekken komt naar voren dat aandacht voor behoud van arbeid kan leiden tot andere adviezen in de richtlijn. Bijvoorbeeld eerder doorverwijzen of eerder zware medicijnen geven. Daar kan dan tegenover staan dat iemand langer kan werken. Eén persoon merkt op dat bij richtlijnen die (ook) betrekking hebben op maatschappelijke participatie en arbeid, gebruikers van sociale zekerheid en werknemersorganisaties het cliëntenperspectief zouden moeten inbrengen.

#### *De vorm van een multidisciplinaire richtlijn*

Cliëntvertegenwoordigers geven aan dat een multidisciplinaire richtlijn idealiter het zorgproces van de cliënt zou moeten beschrijven met aandacht voor de keuzemomenten voor bepaalde behandelingen en voor de overdrachten tussen verschillende beroepsbeoefenaars. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de onderlinge afstemming van het handelen van de verschillende beroepsbeoefenaars. Aangegeven wordt dat een

multidisciplinaire richtlijn niet dwingend moet zijn, maar een hulpmiddel in het beslissingsproces tussen cliënt en beroepsbeoefenaar. In zo'n multidisciplinaire richtlijn zou in een stroomdiagram beschreven moeten worden welke beroepsbeoefenaar, wanneer, met welke cliënt te maken krijgt. Daaraan kunnen technisch-inhoudelijke monodisciplinaire richtlijnen gekoppeld worden. Dat zou goed kunnen bij bepaalde ziekten, zoals de ziekte van Parkinson, waarvan duidelijk is hoe de behandeling verloopt. Cliëntvertegenwoordigers vanuit de oncologie geven aan dat bij kanker de behandeling multidisciplinair is en zij achten zo'n vormgeving minder haalbaar. In het multidisciplinaire deel is dan ook aandacht voor de interventies van de verschillende soorten beroepsbeoefenaars.

Vertegenwoordigers van cliënten vinden dat er in het verleden te lijvige richtlijnen ontwikkeld zijn en betwijfelen of beroepsbeoefenaars die gebruiken. Zij spreken de voorkeur uit voor een zo licht mogelijk multidisciplinair deel waar monodisciplinaire richtlijnen aan gekoppeld worden. Het maakt daarbij minder uit in welke volgorde alles ontwikkeld wordt.

### 5.3.3 *Betrokken partijen*

#### *Deelname van cliënten*

Cliëntvertegenwoordigers vinden dat ze, naast beroepsbeoefenaars, een belangrijke partij zouden moeten zijn bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Door het cliëntenperspectief te betrekken in de richtlijnontwikkeling kan beter invulling gegeven worden aan vraaggerichte zorg. Daarnaast geven cliëntvertegenwoordigers aan dat richtlijnen gemaakt worden om goede zorg te geven ten einde hun kwaliteit van leven te verbeteren. De ervaringen van cliënten dragen bij aan de verwezenlijking van dit doel. De meeste cliëntvertegenwoordigers zijn van mening dat richtlijnen een gezamenlijk product moeten zijn van beroepsbeoefenaars en cliënten. Zij vinden dan ook dat cliëntvertegenwoordigers in het allerprilste begin van het traject mee moeten doen. Dat wil zeggen al bij het identificeren van mogelijke onderwerpen voor richtlijnontwikkeling. Ook moeten cliëntenorganisaties onderwerpen (knelpunten of uitgangsvragen) naar voren kunnen brengen als eenmaal is besloten om een richtlijn ontwikkelen.

Over het algemeen zijn de deelnemers van mening dat degene die het cliëntenperspectief gaat inbrengen, idealiter zelf een cliënt, een ervaringsdeskundige, is. Een cliëntvertegenwoordiger wordt bij voorkeur voorgedragen vanuit een cliëntenorganisatie. Als er geen cliëntenorganisatie is (bijvoorbeeld bij problematiek die de algemene populatie betreft) zou de NPCF gevraagd kunnen worden om aan de werkgroep deel te nemen. Eén van de deelnemers stelt voor dat, als er geen cliëntenorganisatie is, een huisarts als cliëntvertegenwoordiger in de werkgroep gevraagd kan worden. Bijkomend voordeel zou zijn dat de huisarts meer medische kennis heeft waardoor de afstand met een medisch specialist kleiner is. Anderen daarentegen geven aan dat het een principieel punt is dat cliëntvertegenwoordigers vanuit de cliënten zelf komen (ook geen bureaumedewerker, maar een ervaringsdeskundige). Mocht er behoefte zijn aan meer medische kennis dan zou een soort medische raad als ondersteuning in het leven kunnen roepen. Zo'n medische raad, bestaande uit beroepsbeoefenaars, kan vragen van de

cliëntvertegenwoordiger beantwoorden.

Er is geen eenstemmigheid over of cliënten overal bij betrokken moeten worden. Sommige cliëntvertegenwoordigers geven aan dat cliënten vanaf het begin de mogelijkheid moeten krijgen om overal in te participeren, inclusief het zoeken en beoordelen van wetenschappelijke literatuur. Anderen vinden deelnemen minder nodig als het gaat om de uitwerking van hoog technische monodisciplinaire onderdelen of als het gaat om de beoordeling van de relevantie en bewijskracht van wetenschappelijke literatuur. Weer anderen geven aan dat cliënten vooral een rol moeten spelen bij het vastleggen van het zorgproces en de keuzemogelijkheden in de zorg. Over het algemeen zijn de deelnemers van mening dat cliëntvertegenwoordigers in ieder geval betrokken moeten zijn bij de voorbereiding van het ontwikkelingstraject, het bepalen van de onderwerpen (knelpunten en uitgangsvragen) van de richtlijn, het vastleggen van het zorgproces, en bij het bepalen van de keuzemomenten die in de loop van het zorgproces voorbij komen. Gesuggereerd wordt om een onderzoek uit te zetten naar welke aanpakken er mogelijk zijn en hoe cliënten het beste bij een richtlijntraject betrokken kunnen worden.

#### *Andere partijen*

Cliëntvertegenwoordigers zijn over het algemeen van mening dat multidisciplinaire richtlijnen een gezamenlijk product zouden moeten zijn van cliënten en beroepsbeoefenaars. De ervaring is dat dit niet altijd goed verloopt vanwege verschillen van mening en belangentegenstellingen tussen cliëntvertegenwoordigers en beroepsbeoefenaars. Sommige vertegenwoordigers van cliënten zijn niet tevreden over de invloed die ze hadden op de inhoud van de richtlijn. Zij geven aan dat beroepsbeoefenaars soms een onevenredig sterk stempel willen drukken op de inhoud van de richtlijn. Ook vinden cliëntvertegenwoordigers soms dat ze onvoldoende kennis en ervaring hebben om tegenwicht te bieden in de discussies. Dat is vooral het geval als beroepsbeoefenaars willen uitgaan van kennis waarvoor wetenschappelijke evidentie voor bestaat. Er is dan weinig ruimte om ervaringskennis in de richtlijn te verwerken. Er zijn echter ook cliëntvertegenwoordigers die vinden dat ze evenveel invloed hadden in de werkgroep als beroepsbeoefenaars. Zij wijten dit vooral aan verschillen in de culturen die heersen binnen de verschillende medische specialismen.

Naast cliëntvertegenwoordigers en beroepsbeoefenaars, vinden de meeste cliëntvertegenwoordigers deelname van een onafhankelijk kennisinstituut gewenst. Zij vinden dat het kennisinstituut als onafhankelijke partij het ontwikkelingsproces in de gaten moet houden en moet faciliteren. De cliëntvertegenwoordigers hebben vaak al ervaring met richtlijnontwikkeling waarbij een kennisinstituut betrokken is. De ervaring van cliëntvertegenwoordigers is tot nu toe niet onverdeeld positief. Zij vinden dat cliënten in het verleden over het algemeen te weinig bij het ontwikkelingsproces zijn betrokken. En als ze erbij betrokken werden dan vinden nogal wat vertegenwoordigers dat er onvoldoende naar hen geluisterd werd en dat ze niet serieus genomen werden. Bijvoorbeeld doordat zij pas halverwege het traject erbij betrokken werden, het cliëntenperspectief (pas) in de bijlage te vinden was, conceptstukken niet toegesneden waren op het niveau van de cliëntvertegenwoordiger waardoor er geen goede suggesties

gedaan konden worden, stukken die aangeleverd werden door cliëntvertegenwoordigers niet verspreid werden onder de andere werkgroepdeelnemers, of dat cliëntvertegenwoordigers de stukken relatief laat ontvingen. Sommige cliëntvertegenwoordigers hebben de ervaring dat de beroepsbeoefenaars in de werkgroep, en met name de medisch specialisten, makkelijker dan cliëntvertegenwoordigers invloed kunnen uitoefenen op welke wetenschappelijke literatuur wel en niet gebruikt wordt voor het opstellen van de adviezen. Kennisinstituten lijken volgens sommigen vooral op beroepsbeoefenaars ingesteld en niet op cliënten. Er is nog maar weinig traditie opgebouwd met betrekking tot de samenwerking met cliëntenorganisaties.

Over het algemeen zijn cliëntvertegenwoordigers van mening dat zorgverzekeraars geen rol moeten hebben bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Wel vindt een aantal deelnemers het wenselijk dat zorgverzekeraars de richtlijnen gebruiken bij de inkoop van zorg. De zorgverzekeraar zou ervoor moeten zorgen dat de behandelingen die door de richtlijn geadviseerd worden, vergoed worden. Keerzijde van dit beleid is dat behandelingen die niet door de richtlijn geadviseerd worden dan wellicht niet (meer) vergoed worden. Opgemerkt wordt dat bij het opstellen van de richtlijn rekening gehouden moet worden met dit soort consequenties voor de individuele cliënt. Als in de richtlijn geadviseerd wordt medicijn B te gebruiken in plaats van het oudere medicijn A, dan bestaat het risico dat een zorgverzekeraar besluit medicijn A niet meer te vergoeden terwijl een individuele cliënt wel baat had bij medicijn A. Daarom zouden richtlijnontwikkelaars en/of zorgverzekeraars ruimte moeten houden om bij een individuele cliënt af te wijken van de adviezen in de richtlijn.

#### *De voortrekker*

Zoals gezegd, werd er vanuit de cliëntvertegenwoordigers kritiek geuit over de rol die kennisinstituten tot nu toe hebben gespeeld in het ontwikkelingstraject van richtlijnen. Desondanks vinden cliëntvertegenwoordigers een onafhankelijk kennisinstituut de meest aangewezen partij om het voortouw te nemen bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. De volgende voordelen en taken van een onafhankelijk kennisinstituut worden genoemd:

- Mensen van een kennisinstituut kunnen zich onafhankelijk opstellen. Daardoor kunnen zij beter met verschillen in meningen en belangen omgaan. De mensen van het kennisinstituut kunnen ervoor zorgen dat alle belanghebbende partijen in het ontwikkelingsproces voldoende aan bod komen.
- Een kennisinstituut weet hoe een richtlijn ontwikkeld moet worden en kan bewaken dat de procedures goed doorlopen worden. Mensen uit kennisinstituten zijn veelal beter getraind om gestructureerd te werken en zijn daardoor beter geschikt om deze rol op zich te nemen dan de beroepsbeoefenaars.
- Een kennisinstituut is beter in de positie om aan te sluiten bij internationale ontwikkelingen omtrent richtlijnen en richtlijnontwikkeling.
- Binnen een kennisinstituut blijven opgedane kennis en ervaring bewaard en kan geleerd worden uit de eerder opgedane ervaringen, waardoor er steeds betere manieren komen om richtlijnen te ontwikkelen.
- Het kennisinstituut kan tevens zorgen voor een periodieke evaluatie en voor de actualisatie van een richtlijn.

Als gevaar van een ad hoc werkgroep als voortrekker wordt genoemd de vrijblijvendheid

en het gebrek aan continuïteit. Als gevaar van een beroepsorganisatie als voortrekker wordt genoemd dat dan één beroepsgroep als belangrijkste wordt gezien. Cliëntvertegenwoordigers merken op dat er gevaren verbonden zijn aan de keuze om de richtlijnontwikkeling gedurende meerdere jaren toe te wijzen aan één of enkele kennisinstituten. Sommige cliëntvertegenwoordigers hebben de ervaring dat kennisinstituten meer luisteren naar beroepsbeoefenaars en minder naar cliënten. Door gebrek aan concurrentie zouden de kennisinstituten wellicht minder gestimuleerd worden hun uiterste best te doen, ook wat betreft het waarborgen van de inbreng van het cliëntenperspectief.

#### **5.3.4 *Ontwikkelingsproces: mogelijkheden voor verbreden én versnellen***

Voor het slagen van een richtlijn is het van belang dat alle vertegenwoordigers (zowel van cliënten als andere partijen) een duidelijk mandaat hebben van hun achterban en dat zij zorgen voor een goede terugkoppeling naar hun achterban tijdens het ontwikkelingsproces. Het draagvlak voor de richtlijn zal groter zijn als de vertegenwoordigers veel kennis van zaken en een goede naam bij hun achterban hebben.

Uit de interviews met cliëntvertegenwoordigers komt naar voren dat een goede voorzitter van de werkgroep essentieel is voor het slagen van de richtlijn. De voorzitter moet vertrouwen hebben van alle werkgroepleden. De meningen verschillen over wie die rol het beste kan vervullen. Sommigen pleiten voor een technisch voorzitter die oog heeft voor de processen die spelen, deze processen kan benoemen en knopen kan doorhakken. Vooral als er binnen de werkgroep vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaars zitten waarbinnen een sterk dominante cultuur heerst, zou een meer technische voorzitter wenselijk zijn. Te denken valt aan een iemand met ook een medische achtergrond, zoals een huisarts. Anderen vinden dat de voorzitter qua kennis boven de partijen moet staan en hebben daarom de voorkeur voor een primus interparus vanuit de belangrijkste bij de zorg betrokken beroepsroep.

Zoals eerder vermeld, ervaren cliëntvertegenwoordigers regelmatig dat zij minder invloed hebben op de richtlijn dan zij wensen. In de gesprekken worden verschillende strategieën genoemd waarmee cliëntvertegenwoordigers hun rol kunnen versterken. Zo is het belangrijk dat de vertegenwoordiger over een bepaald denkniveau beschikt en los van de eigen, persoonlijke ervaringen een inbreng kan geven. De cliëntvertegenwoordiger kan zich voorbereiden op het ontwikkelingstraject, bijvoorbeeld door een cursus richtlijnontwikkeling te volgen. Daarnaast kunnen professionele cliëntondersteuners de vertegenwoordiger helpen. Een andere strategie is raadpleging van de achterban, bijvoorbeeld via focusgroepen, waardoor de cliëntvertegenwoordiger de standpunten beter kan onderbouwen. Daarbij wordt opgemerkt dat het verzamelen van informatie via focusgroepen primair een taak zou moeten zijn van de cliëntenorganisaties en niet van het eventuele kennisinstituut dat het proces begeleidt. Ten slotte wordt voorgesteld om minimaal twee cliëntvertegenwoordigers in een werkgroep op te nemen. Alhoewel de cliëntvertegenwoordiger namens een grote groep mensen in de werkgroep zit, is hij of zij vaak de enige vertegenwoordiger naast bijvoorbeeld tien artsen. Door meerdere



cliëntvertegenwoordigers deel te laten nemen kunnen ze met elkaar kunnen overleggen en raken ze minder snel ondergesneeuwd.

Cliëntvertegenwoordigers voelen zich veelal niet in staat om zelf de wetenschappelijke artikelen op waarde te beoordelen en willen dit meestal overlaten aan anderen. Sommige cliëntvertegenwoordigers willen dit echter wel doen, en hiervoor zou extra ondersteuning georganiseerd moeten worden. Er wordt cliënten wel de mogelijkheid geboden een EBRO-cursus te volgen, maar deze is van oorsprong bedoeld voor beroepsbeoefenaars en voor het verkrijgen van wetenschappelijke evidentie. Aangegeven wordt dat dit soms onvoldoende aansluit bij de ervaring en beleving van cliëntvertegenwoordigers. Dit riep echter de discussie op welke inbreng een cliëntvertegenwoordiger zou moeten hebben bij richtlijnontwikkeling. Opgemerkt wordt dat de inbreng van wetenschappelijke evidentie primair een zaak is van de beroepsbeoefenaars en dat cliëntvertegenwoordigers zich moeten vasthouden aan de eigen inbreng als ervaringsdeskundige.

Direct hieraan verbonden ligt de vraag wat de basis zou moeten zijn van multidisciplinaire richtlijnen. Cliëntvertegenwoordigers brengen als knelpunt naar voren dat er veel waarde gehecht wordt aan wetenschappelijke evidentie als basis voor de richtlijnadviezen. Als de beroepsbeoefenaars sterk de nadruk leggen op wetenschappelijke evidentie dan vinden cliëntvertegenwoordigers het moeilijk invloed te hebben op de inhoud van de richtlijn. De ervaring is dat er vaak geen wetenschappelijke onderzoek gedaan is over de onderwerpen die de vertegenwoordiger vanuit cliëntenperspectief inbrengt.

De cliëntvertegenwoordigers geven aan dat richtlijnen zoveel mogelijk gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke inzichten (evidence-based), maar dat er ook ruimte moet zijn voor ervaringsdeskundigheid (experience-based) en praktijkervaringen (practice-based). In de richtlijn zou wel duidelijk aangegeven moeten worden welke aanbevelingen evidence-based, experience-based en practice-based zijn, ook met het oog op evaluatie en actualisering. Onderzocht zou moeten worden hoe deze verschillende kennisbronnen in een richtlijn verwerkt kunnen worden, aldus de geïnterviewden.

Ten slotte merken diverse deelnemers op dat cliëntenorganisaties vaak geen middelen hebben om extra materialen te ontwikkelen en een publiciteitscampagne te verzorgen. Zij zouden gefaciliteerd willen worden voor hun bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen.

### **5.3.5 Goedkeuring, eigendom en actualiseren**

#### *Goedkeuring*

In de discussies werd gereageerd op de stelling dat richtlijnen ter goedkeuring voorgelegd moeten worden aan zorggebruikers of cliëntenorganisaties. De ervaringen van cliëntvertegenwoordigers of ze betrokken zijn geweest in het autorisatieproces lopen sterk uiteen, maar de meeste cliëntvertegenwoordigers geven aan dat cliëntenorganisaties ook moeten goedkeuren c.q. autoriseren. Andere cliëntvertegenwoordigers vinden dat de cliënten niet hoeven te autoriseren omdat niet de cliënt maar de beroepsbeoefenaar de gene is die met de richtlijn moet gaan werken.

Als er geen cliëntenorganisatie is, zoals bij richtlijnen die betrekking hebben op de algemene populatie, vertegenwoordigt de NPCF soms in de werkgroep het cliëntenperspectief. Zij organiseert focusgroepbijeenkomsten om erachter te komen wat er bij cliënten speelt en brengt dat vervolgens naar voren in de vergaderingen van de richtlijnwerkgroep. Maar omdat de NPCF geen formele achterban heeft, wil de NPCF richtlijnen niet autoriseren.

#### *Eigendom*

Cliëntvertegenwoordigers geven aan dat de ontwikkeling van richtlijnen van origine iets was van de beroepsgroepen en dat het voor een succesvolle implementatie van belang is dat beroepsbeoefenaars dit gevoel blijven houden. Dit zou kunnen door het eigendom van de richtlijn bij de beroepsbeoefenaars te leggen.

#### *Actualiseren*

De cliëntvertegenwoordigers hebben weinig ervaring met het actualiseren van reeds bestaande richtlijnen. Voorgesteld wordt dat dit, analoog aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn, een taak zou moeten zijn van een onafhankelijke kennisinstituut, gefinancierd door de overheid. Bij deze actualisatie zouden cliëntenorganisaties weer betrokken moeten worden.

### **5.3.6 *Kwaliteitsinstrumenten en andere implementatiemethoden***

Cliëntvertegenwoordigers vinden het van belang dat er een aparte, goed leesbare versie van een richtlijn voor cliënten gemaakt wordt die voor iedereen toegankelijk is (bijvoorbeeld via internet). In zekere zin wordt het als een misser gezien als cliëntvertegenwoordigers meedoen aan richtlijnontwikkeling en aan het eind van het traject geen document voor de eigen achterban hebben (zoals een samenvatting, voorlichtingsmateriaal). Door een cliëntenversie van de richtlijn te maken wordt de cliënt niet alleen geïnformeerd, maar kan hij/zij de beroepsbeoefenaar ook attenderen op het bestaan van de richtlijn. Folders kunnen de cliënt daarnaast begrijpelijke informatie geven over alternatieven, zodat hij of zij kan kiezen. Bijkomend voordeel is dat de cliënt minder geneigd is op internet te zoeken naar informatie en daar allerlei dingen tegenkomt die zijdelings met zijn ziektebeeld te maken hebben.

Daarnaast zouden cliëntenorganisaties kunnen zorgen voor uitvoerige publiciteit om het algemene publiek te informeren over het bestaan van de richtlijn. Bijvoorbeeld door voor publicaties in periodiek verschijnende bladen te zorgen.

Over het algemeen is men van mening dat cliëntvertegenwoordigers de materialen zelf moeten ontwikkelen en zelf de publiciteit kunnen verzorgen.

### **5.3.7 *Conclusie***

De wensen en verwachtingen van cliëntvertegenwoordigers ten aanzien van de ontwikkeling van toekomstige multidisciplinaire richtlijnen kunnen als volgt worden samengevat:

*Draagvlak voor verbreden en versnellen:*

- Cliëntvertegenwoordigers zien het verbreden van richtlijnen als een kans om meer betrokken te zijn bij de ontwikkeling ervan.

*Arbeid:*

- De meeste cliëntvertegenwoordigers vinden het belangrijk dat er in de richtlijn aandacht besteed wordt aan maatschappelijke participatie, waaronder arbeid, omdat dit elementen zijn van kwaliteit van leven.
- Door in de richtlijn aandacht te besteden aan maatschappelijke participatie zouden beroepsbeoefenaars daar ook meer rekening mee gaan houden en dat wordt gezien als winst voor de kwaliteit van zorg.
- Meer aandacht voor maatschappelijke participatie kan leiden tot andere aanbevelingen in de richtlijn.

*De vorm van een multidisciplinaire richtlijn:*

- De voorkeur van cliëntvertegenwoordigers gaat uit naar een beperkte multidisciplinaire richtlijn die uitgaat van het zorgproces dat een cliënt kan doorlopen. De richtlijn zou aandacht moeten besteden aan de keuzemomenten in dit zorgproces, de overdrachten tussen de verschillende beroepsbeoefenaars, en aan de afstemming van het handelen door verschillende beroepsbeoefenaars. Aan dit multidisciplinaire deel zouden vervolgens min of meer monodisciplinaire delen gekoppeld moeten worden.
- In hoeverre het multidisciplinaire deel beperkt gehouden kan worden hangt af van het onderwerp van de richtlijn. Bij aandoeningen waar de behandeling tegelijkertijd door verschillende disciplines gegeven wordt, zoals in de oncologie, zal naar verwachting het multidisciplinaire deel omvangrijker zijn dan bij onderwerpen waar de verschillende disciplines achtereenvolgend in het zorgproces aan bod komen.

*Betrokken partijen:*

- Cliëntvertegenwoordigers vinden dat zij een rol moeten spelen bij richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijnen zouden een gezamenlijk product moeten zijn van de beroepsbeoefenaars en cliënten.
- Cliëntvertegenwoordigers willen in ieder geval betrokken zijn de voorbereiding van het vaststellen van de knelpunten en uitgangsvragen, en het beschrijven van het zorgproces en de keuzemomenten daarin.
- Sommige cliëntvertegenwoordigers willen in het gehele proces participeren. Anderen willen selectief meedoen.
- Voorgesteld wordt om te onderzoeken op welke manier cliënten bij richtlijnontwikkeling betrokken kunnen worden.
- Bij voorkeur wordt het hele proces georganiseerd door een onafhankelijk instituut, aldus cliëntvertegenwoordigers. Daardoor kan er beter voor gezorgd worden dat cliëntvertegenwoordigers en beroepsbeoefenaars op basis van gelijkwaardigheid deelnemen.
- Zorgverzekeraars zouden geen rol moeten spelen bij het ontwikkelingsproces, aldus cliëntvertegenwoordigers.

*Ontwikkelingsproces:*

- Alle vertegenwoordigers in de werkgroep zouden een duidelijk mandaat moeten hebben en tijdens het ontwikkelingsproces goed moeten communiceren met hun achterban (draagvlak verwerven).
- Een goede voorzitter wordt uitermate belangrijk geacht voor het slagen van de richtlijn.
- Cliëntvertegenwoordigers vinden het belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan de kennis die ten grondslag ligt aan de richtlijn. Zij geven aan dat richtlijnen zo veel mogelijk gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke evidentie. Daarnaast zou er ruimte moeten zijn voor het verwerken van ervaringsdeskundigheid en praktijkervaringen.
- Cliëntenorganisaties zouden gefaciliteerd moeten worden voor hun bijdrage aan de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen.

*Goedkeuren:*

- De meeste cliëntvertegenwoordigers vinden dat, naast beroepsorganisaties, ook cliëntenorganisaties richtlijnen zouden moeten goedkeuren.

*Eigendom:*

- Cliëntvertegenwoordigers zijn van mening dat het eigendom van een richtlijn zou moeten liggen bij de beroepsbeoefenaars.

*Actualiseren:*

- Cliëntvertegenwoordigers willen ook graag bij het actualiseren betrokken zijn.

*Aangrijpingspunten voor implementatie:*

- Voor wat betreft hun rol bij de implementatie, geven cliëntvertegenwoordigers aan dat zij het belangrijk vinden dat er een aparte, goed leesbare versie van de richtlijn voor cliënten geschreven wordt.
- Daarnaast zouden aparte cliëntenfolders ontwikkeld kunnen worden.
- Cliëntvertegenwoordigers zouden kunnen zorgen voor een uitvoerige publiciteitscampagne om het algemene publiek te informeren over de richtlijn.
- Zij geven aan dat daarvoor financiering gekregen moet worden.

## **5.4 Resultaten: wensen en verwachtingen van zorgverzekeraars**

Tien vertegenwoordigers van zorgverzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Allereerst wordt ingegaan op de rol die zorgverzekeraars zouden willen spelen bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen (paragraaf 5.4.1). Vervolgens wordt ingegaan op de door hen gewenste rol bij het stimuleren van het gebruik van de richtlijnen (paragraaf 5.4.2). In de derde subparagraaf staat of zorgverzekeraars zelf gebruik willen gaan maken van multidisciplinaire richtlijnen. In paragraaf 5.4.4 staan de conclusies.

#### **5.4.1 Rol bij de ontwikkeling**

Alle tien ondervraagde zorgverzekeraars hebben hun mening gegeven over de gewenste rol in de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Eén vindt dit uitsluitend een taak van de beroepsbeoefenaar zelf. Een andere ziet voor zichzelf een rol weggelegd in de stuurgroep. Vrijwel alle ondervraagde vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (8 van de 10) vinden dat ze een actieve rol zouden moeten spelen bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Deze vertegenwoordigers van zorgverzekeraars vinden ook vrijwel allemaal dat de beroepsbeoefenaars de leiding moeten hebben bij de ontwikkeling. Vanuit hun aanvullende expertise zien zorgverzekeraars de volgende rollen voor zichzelf weggelegd (in willekeurige volgorde):

- Het (mee) bepalen van de onderwerpskeuze en prioriteitenstelling (ofwel waarover wordt een richtlijn gemaakt). Als motivatie geeft men dat zorgverzekeraars goed op de hoogte zijn van behandelingen waarvoor evidentie ontbreekt. Voor vrij onderhandelbare behandelingen zouden richtlijnen moeten worden gemaakt, zodat zorgverzekeraars op kwaliteit kunnen inkopen. De richtlijnen zouden een uitspraak moeten doen over bijvoorbeeld verwijscriteria, de duur van de behandeling, de indicatiestelling en de minimaal effectieve strategie.
- Het inbrengen van de aspecten doelmatigheid en kosteneffectiviteit. In de optiek van zorgverzekeraars ontbreken deze aspecten veelal in de huidige richtlijnen, mede omdat beroepsbeoefenaars hier nauwelijks verstand van hebben. Men vindt nu te veel de belangen van de beroepsbeoefenaar doorklinken en te weinig die van de zorgverzekeraar en de cliënten. In dit verband geven enkele zorgverzekeraars aan dat de cliënten expliciet betrokken moeten worden bij richtlijnontwikkeling.

Voor de uitvoerbaarheid van de richtlijnen in termen van financiering en contractering, is het voor zorgverzekeraars van wezenlijk belang dat de richtlijnen op de punten van doelmatigheid en kosteneffectiviteit voldoen. Daarnaast moeten de resultaten meetbaar zijn (prestatie-indicatoren).

Eén vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar geeft aan bereid te zijn mee te betalen aan de ontwikkeling als men een actieve inbreng heeft. Twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars vinden meefinanciering niet wenselijk. Eén van deze twee geeft als motivatie dat Zorgverzekeraars Nederland veel sneller en goedkoper wetenschappelijke literatuur kan zoeken en beoordelen omdat dit het dagelijks werk is van medisch adviseurs. De overige vertegenwoordigers van zorgverzekeraars hebben geen uitspraak gedaan over het al dan niet meefinancieren van de ontwikkeling van richtlijnen.

#### **5.4.2 Stimuleren van het gebruik**

Alle vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geven aan dat ze kwaliteitseisen zouden willen stellen bij de inkoop van zorg. De beloning moet (deels) afhankelijk zijn van de mate waarin zorgaanbieders de richtlijnen volgen. Door kwaliteitseisen te stellen kan transparant worden welke zorg is ingekocht, hoe die verleend wordt en wat het resultaat is voor de cliënt.

De meeste vertegenwoordigers van zorgverzekeraars merken op dat het lastig is te toetsen

of een beroepsbeoefenaar volgens de richtlijnen werkt. Bij de ontwikkeling van een richtlijn zouden daarom tevens prestatie-indicatoren ontwikkeld moeten worden, waardoor het gebruik van de richtlijn getoetst kan worden. Verschillende vertegenwoordigers van zorgverzekeraars zeggen in dit verband dat richtlijnen verankerd moeten zijn in de zorgprofielen van de dbc. Eén vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar zegt te werken met de inkoopindicatoren van Zorgverzekeraars Nederland voor medisch specialistische zorg (project kwaliteit in de etalage).

### **5.4.3 Gebruik door zorgverzekeraars**

Op de vraag of men zelf gebruik zou willen maken van multidisciplinaire richtlijnen, antwoorden vrijwel alle vertegenwoordigers van zorgverzekeraars bevestigend. Daar waar een toelichting wordt gegeven wordt verwezen naar voorgaande, namelijk dat men de richtlijnen wil gebruiken bij de inkoop van zorg en ter toetsing van de geleverde zorg. Gevraagd naar de eisen waaraan de richtlijnen moeten voldoen, willen zorgverzekeraars ze gebruiken, worden de volgende zaken genoemd:

- Richtlijnen zouden concreet moeten zijn en te vertalen in goede indicatoren, zowel wat betreft indicatiestelling als wat betreft uitkomstindicatoren. Er zou een kwaliteitskeurmerk moeten zijn voor zorg die verleend is volgens de richtlijnen. Dit vraagt dat beroepsbeoefenaars akkoord zijn met de richtlijnen, aldus vertegenwoordigers van zorgverzekeraars.
- De richtlijnen moeten evidence-based en transparant zijn. Eén van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars zegt in toenemende mate geconfronteerd te worden met richtlijnen die vooral geschreven lijken vanuit de belangen van de medische professie. Vanuit het oogpunt van transparantie en doelmatigheid is dat volgens deze zorgverzekeraar niet wenselijk.
- Doelmatigheid en kosteneffectiviteit moeten onderdeel zijn van de richtlijnen.
- Er moet meer aandacht zijn voor indicatiestelling.
- Aan de richtlijn moet een zorgstandaard worden toegevoegd zoals de NDF-standaard voor diabetes.
- De ontwikkeling moet gebeuren door onafhankelijke instituten zoals CBO, NIVEL, Trimbos instituut et cetera.
- De ontwikkeling van een richtlijn zou sneller moeten. Er zou een methode gevonden moeten worden om binnen zes maanden een richtlijn te ontwikkelen.
- De richtlijnen moeten breed geaccepteerd worden, dat wil zeggen door cliënten, zorgverzekeraars, beroepsbeoefenaars, et cetera. De inschatting is dat dit voor multidisciplinaire richtlijnen lastig zal zijn. De vrees van vertegenwoordigers van zorgverzekeraars is dat vanwege compromissen de richtlijnen zullen verzanden in gemeenschappen.

#### 5.4.4 Conclusie

- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars willen graag betrokken worden bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen om daarin de elementen doelmatigheid en kosteneffectiviteit van de zorg in te verwerken.
- Zij zouden de richtlijnen dan kunnen gebruiken om afspraken te maken bij de inkoop van zorg. Aan de hand van de prestatie-indicatoren zouden ze na willen gaan of de richtlijnen zijn gevolgd.

### 5.5 Resultaten: wensen en verwachtingen van opleiders

Vijf personen werkzaam bij een opleiding hebben de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Allereerst wordt ingegaan op de rol die opleiders zouden moeten spelen bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen (paragraaf 5.5.1). Vervolgens wordt ingegaan op of zij het gebruik van de richtlijnen zouden willen stimuleren (paragraaf 5.5.2). In de derde subparagraaf gaat in op het gebruik van richtlijnen binnen het onderwijs. In paragraaf 5.5.4 staan de conclusies.

#### 5.5.1 Rol bij de ontwikkeling

De meningen zijn verdeeld over de vraag of de opleidingen een rol moeten spelen bij de ontwikkelingen van multidisciplinaire richtlijnen. Eén van de vijf ondervraagde opleiders zegt dat docenten/opleiders een bijdrage zouden kunnen leveren door te participeren in de werkgroep. Een andere opleider spreekt zich niet uit over de wenselijkheid om al dan niet betrokken te worden bij de ontwikkeling, maar zegt in de praktijk een aantal keren betrokken te zijn geweest. De overige drie ondervraagde opleiders vinden dat de opleidingen beslist geen rol moeten spelen en noemen daarvoor de volgende argumenten:

- Richtlijnen moeten vooral en hoofdzakelijk door de professionals worden ontwikkeld die ermee moeten gaan werken, omdat er een vertaalslag nodig is naar de praktijk. Binnen opleidingen is de vereiste deskundigheid over de inhoud, de problemen van de cliënt et cetera, niet aanwezig. Deze kennis zit bij de beroepsbeoefenaars. Hetzelfde geldt voor de kennis over implementatie. Richtlijnen gemaakt door opleiders zouden niet de juiste toon aanslaan bij de beroepsbeoefenaars waarvoor ze bedoeld zijn.
- Uit de implementatieliteratuur is bekend dat richtlijnen vaak beter gebruikt worden als gebruikers bij de ontwikkeling zijn betrokken. Opleidingen zijn in principe niet de gebruikers van de richtlijnen.
- Voor studenten is helemaal geen rol weggelegd bij de ontwikkeling, aldus de ondervraagde opleiders omdat zij louter een theoretische bijdrage kunnen leveren die niet ondersteund wordt door praktijkervaringen. Eén persoon oppert dat studenten wellicht een bijdrage zouden kunnen leveren bij het verzamelen van onderzoeksgegevens.

Eén persoon geeft aan dat de opleidingen wel een rol kunnen spelen bij het becommentariëren van de richtlijnen vanuit hun expertise.

### 5.5.2 *Stimuleren van het gebruik*

De ondervraagde opleiders zijn unaniem van mening dat de multidisciplinaire richtlijnen onderdeel uit zouden moeten maken van de opleiding. Ten eerste moeten studenten kennis hebben van de inhoud van de richtlijnen omdat ze de meest actuele stand van zaken en opvattingen binnen disciplines weergeven over een onderwerp. Ten tweede zou het gebruik van een richtlijn gestimuleerd moeten worden en zouden studenten moeten leren het afwijken van een richtlijn te onderbouwen. Eén opleider geeft aan dat het curriculum uitgaat van de richtlijnen. Een andere opleider geeft aan dat de richtlijnen in de curricula nog weinig aandacht krijgen. De overige geïnterviewden doen hier geen uitspraak over.

### 5.5.3 *Gebruik binnen het onderwijscurriculum*

Gevraagd naar de eisen waaraan een richtlijn moet voldoen willen de opleiders er gebruik van maken, wordt het volgende door hen genoemd:

- De richtlijnen dienen voor de beroepsbeoefenaar relevante informatie te bevatten; er moet dus een vertaalslag naar de praktijk in zitten.
- Ze moeten helder, eenduidig en eenvoudig zijn.
- De richtlijnen moeten evidence-based zijn. Aangezien evidentie voor veel interventies en behandelwijzen ontbreekt, wil dat niet zeggen dat deze zaken niet meer uitgevoerd zouden kunnen worden. De ontwikkelaars dienen in dat geval concreet aan te geven op welke gebieden onderzoek gewenst is.
- Een richtlijn moet een beperkt aantal uitgangsvragen hebben.
- Er moet besproken worden hoe cliënten tegen de voorgeschreven behandeling en medicatie aankijken. Waar mogelijk moet ingegaan worden op eventuele alternatieven.
- De richtlijnen dienen concrete producten en hulpmiddelen voor de toepassing in de praktijk te bevatten.
- De richtlijnen dienen goedgekeurd of geautoriseerd te zijn, aldus de opleiders.

### 5.5.4 *Conclusie*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Over het algemeen zien de opleiders geen taak voor zichzelf bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, anders dan het eventueel becommentariëren ervan. De belangrijkste reden is dat de opleidingen niet de vertaalslag naar de praktijk kunnen maken. Vanwege het draagvlak en de toepasbaarheid in de praktijk zijn de beroepsbeoefenaars aangewezen om de richtlijnen te ontwikkelen.</li><li>• De ondervraagde opleiders zijn van mening dat de richtlijnen onderdeel uit zouden moeten maken van het curriculum. Het gaat dan enerzijds om kennisoverdracht van de inhoud van de richtlijn en anderzijds om het stimuleren van de toepassing ervan.</li></ul> |
|--|



## 6 Samenvatting en hoofdconclusies

### *Doel en achtergrond van het onderzoek*

Het onderzoek uit dit rapport heeft als doel inzicht geven in hoe richtlijnen en daarmee verband houdende kwaliteitsinstrumenten vernieuwd en verbreed kunnen worden. Dit onderzoek is uitgevoerd op verzoek van ZonMw. De resultaten geven voeding aan de vormgeving van de tweede fase van het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg.

Met verbreden wordt primair bedoeld het ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire richtlijnen, ofwel richtlijnen die gemaakt worden door en voor meerdere disciplines. Daar wordt niet alleen gedacht aan de disciplines die direct zorg geven aan cliënten (zoals huisartsen, medisch specialisten, psychologen, paramedici, verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden), maar ook aan disciplines die het maatschappelijk functioneren van cliënten ondersteunen, in het bijzonder de deelname aan het arbeidsproces, zoals bedrijfsartsen en arbo-artsen. Verbreding kan daarnaast betekenen dat andere partijen, zoals cliënten, zorgverzekeraars en opleiders een rol spelen bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen. Met vernieuwen van richtlijnen wordt bedoeld dat de richtlijn op een snelle en efficiënte manier wordt ontwikkeld en dat er in het ontwikkelingsproces reeds geanticipeerd wordt op het toekomstige gebruik van de richtlijn, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten die het gebruik van een richtlijn bevorderen.

### *Onderzoeksvragen*

Aan de studie liggen de volgende vraagstellingen ten grondslag:

- Welke factoren beïnvloeden volgens wetenschappelijk onderzoek in positief of negatief opzicht de ontwikkeling of implementatie van multidisciplinaire richtlijnen?
- Welke positieve en negatieve ervaringen hebben kennisinstituten en andere relevante organisaties in Nederland opgedaan met de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten? Wat zijn hun wensen en verwachtingen als het gaat om verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen?
- Wat zijn de wensen en verwachtingen van beroepsbeoefenaars, cliënten, zorgverzekeraars en opleiders ten aanzien van verbreding en vernieuwing van multidisciplinaire richtlijnen en daaraan gerelateerde kwaliteitsinstrumenten?

### *Methode*

Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van meerdere methoden en informatiebronnen, te weten:

- a. Internationaal gepubliceerde reviews naar factoren die de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen beïnvloeden zijn bestudeerd en beschreven in een meta-review.
- b. Deskundigen op het gebied van richtlijnontwikkeling en –implementatie werkzaam bij zeven kenniscentra zijn geïnterviewd.
- c. Beroepsbeoefenaars (totaal 34) hebben in twee groepsinterviews en twee internet discussiegroepen hun wensen en verwachtingen geuit ten aanzien van het verbreden en vernieuwen van richtlijnen. De deelnemers komen uit verschillende disciplines.
- d. Cliëntvertegenwoordigers (totaal 13) hebben in twee groepsinterviews en twee schriftelijke reacties hun wensen en verwachtingen weergegeven.
- e. Zorgverzekeraars (totaal 10) hebben een schriftelijke vragenlijst ingevuld over de rol die zij weggelegd zien voor zorgverzekeraars met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van brede, multidisciplinaire richtlijnen.
- f. Vertegenwoordigers van opleidingsinstituten in de zorg (totaal 5) hebben eveneens een schriftelijke vragenlijst ingevuld over de rol die opleiders willen spelen bij de ontwikkeling en implementatie van brede, multidisciplinaire richtlijnen.

In de interviews met de deskundigen uit kenniscentra (onderzoeksactiviteit b) werd zo veel mogelijk gestart met de reeds opgedane ervaringen (retrospectief), om van daaruit te kijken naar de toekomst (prospectief). Het bleek dat retrospectieve en prospectieve onderwerpen echter door elkaar heen liepen omdat het ontwikkelen van richtlijnen een voortdurend proces van leren uit het verleden en aanpassen is. Ook in deze samenvatting lopen ervaringen en ideeën voor de toekomst daarom soms door elkaar heen.

In het nu volgende worden de resultaten van de interviews (individueel, groepsgewijs of internet) en de schriftelijke vragenlijsten geïntegreerd samengevat. Indien de resultaten aansluiten bij die uit de literatuurstudie (onderzoeksactiviteit a) wordt dat expliciet vermeld.

#### *Draagvlak voor het verbreden en vernieuwen van richtlijnen*

Er wordt wisselend gedacht over de wenselijkheid en haalbaarheid van het verbreden en vernieuwen van richtlijnen. Vooral een deel van de medisch specialisten vindt het geen goede zaak dat ze niet meer helemaal zelf hun eigen richtlijnen kunnen maken. Veel beroepsbeoefenaars en cliëntvertegenwoordigers vinden bredere richtlijnen echter wel een goede zaak omdat het aansluit bij het denken in vraaggestuurde, integrale zorg. Maar er worden tegelijkertijd veel twijfels geuit over de haalbaarheid van multidisciplinaire richtlijnen. Potentiële knelpunten die in dit onderzoek naar voren komen zijn onder andere het grotere risico op domeindiscussies tussen disciplines, ongelijke inbreng van de deelnemers, verschillende ideeën over de inhoud en vorm van een multidisciplinaire richtlijn, verschillende ideeën over de rol van ervarings- en praktijkkennis bij het opstellen van de richtlijn, en het risico dat handelingsadviezen (vage) compromissen worden waarin de individuele beroepsbeoefenaar zich onvoldoende herkent.

De deelnemers van het onderzoek waren ook welwillend in het bedenken van mogelijkheden om op een efficiënte, snelle manier multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen. De voorgestelde oplossingen variëren echter nogal. Zo zijn er verschillende ideeën over hoe een multidisciplinaire richtlijn eruit zou kunnen zien (zie ook volgende paragraaf) en de gewenste aanpak van het ontwikkelingsproces. Op grond van deze resultaten bevelen we aan om, voordat gestart wordt met het ontwikkelen van een

multidisciplinaire richtlijn, consensus te krijgen over de gewenste vorm van de richtlijn en de te volgen aanpak. Door meer ervaring op te doen met het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen, bijvoorbeeld in de tweede fase van het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg, zou een methodiek ontwikkeld kunnen worden voor de aanpak van multidisciplinaire richtlijnen (een richtlijn voor richtlijnontwikkeling). Deze methodiek zouden kenniscentra in nauwe samenspraak met gebruikers en externe deskundigen, en aansluitend bij internationale ontwikkelingen, kunnen maken.

#### *De vorm van een richtlijn*

Behalve in de oncologie, waar richtlijnen ontsloten worden via een gelaagde structuur op internet, worden multidisciplinaire richtlijnen veelal uitgegeven in de vorm van boeken. Daar kunnen stroomdiagrammen of beslisschema's, samenvattingen, of delen met discipline specifieke aanbevelingen aan toegevoegd zijn.

Uit de interviews blijkt dat de volgende punten het gebruik vergemakkelijken:

- De afzonderlijke disciplines moeten zich kunnen herkennen in de aanbevelingen. Duidelijk moet zijn welke aanbevelingen voor welke discipline bedoeld zijn.
- De aanbevelingen moeten voldoende concreet zijn zodat de individuele beroepsbeoefenaar een houvast heeft bij het bepalen van het handelen.
- De aanbevelingen moeten makkelijk vindbaar zijn.

Uit de interviews met de betrokkenen blijkt dat er geen eenduidig beeld bestaat van de ideale vorm voor een multidisciplinaire richtlijn. Wel komen in de interviews verschillende mogelijke vormen naar voren:

- Een brede multidisciplinaire richtlijn. Deze vorm lijkt op de multidisciplinaire richtlijnen (veelal in boekvorm) die tot nu toe gemaakt zijn. Voordeel is de brede insteek en het grote aantal uitgangsvragen dat behandeld wordt. Als gevaar van deze vorm wordt gezien dat er aan het eind van het ontwikkelingstraject nog niets ligt wat in de praktijk goed bruikbaar is.
- Een multidisciplinaire richtlijn met de diagnostiek en medisch specialistische behandeling als kern, met daaraan gekoppeld uitwerkingen van de zorg van andere beroepsbeoefenaars. Enkele medisch-specialisten die in dit onderzoek geparticipeerden stelden een trapsgewijze ontwikkeling voor met als uitgangspunt de medisch-specialistische zorg. Daarbij wordt gestart met het maken van een richtlijn voor de medische diagnostiek en behandeling. In de loop van het ontwikkelingstraject zal vervolgens duidelijk worden op welke onderdelen een uitwerking nodig is naar andere beroepsbeoefenaars. Voordeel is dat gestart wordt met delen waar wellicht veel wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is. Als nadeel wordt genoemd dat dit geen geschikte aanpak is voor mensen met een chronische ziekte omdat de zorg die zij nodig hebben breder is dan medisch-specialistische diagnostiek en behandeling.
- Een multidisciplinaire richtlijn met de zorgketen als kern, en daaraan gekoppeld uitgewerkte mono- of multidisciplinaire delen. Hierbij is de zorgketen het centrale uitgangspunt voor de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn. Daardoor staat de zorg van alle disciplines die te maken hebben met de problematiek centraal. Door deze aanpak, zo verwachten onderzoekspersonen, wordt de samenhang van de zorg bevorderd als ook de betrokkenheid van alle disciplines bij de richtlijnontwikkeling. Cliëntvertegenwoordigers geven aan dat er aandacht moet zijn voor de

keuzemomenten voor bepaalde behandelingen en bij de overdrachten. De voorkeur wordt uitgesproken om hierbij de multidisciplinaire delen zo beperkt mogelijk te houden. In hoeverre dit mogelijk is zal afhangen van het onderwerp van de richtlijn. Als cliënten een min of meer vaste volgorde van behandelingen doorlopen dan is dit wellicht beter mogelijk dan wanneer cliënten tegelijkertijd zorg krijgen van meerdere disciplines. Per richtlijn zou bekeken kunnen worden welke uitgangsvragen door welke discipline(s) uitgewerkt kunnen worden.

- Monodisciplinaire richtlijnen als basis met multidisciplinaire werkafspraken daaraan gekoppeld. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft ervaring met deze werkwijze via de LTA's (werkafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten) en LESA's (werkafspraken tussen huisartsen en andere professionals in de eerste lijn). Voordeel is dat elke discipline eigen richtlijnen kan maken waardoor makkelijker draagvlak verkregen wordt. Sommige onderzoekspersonen geven aan dat, wil een multidisciplinaire richtlijn werkelijk bijdragen tot geïntegreerde zorg, elke regio zijn eigen inkleuring moet (kunnen) geven aan de richtlijn door samenwerkingsafspraken tussen de verschillende beroepsbeoefenaars te maken.

Naast de verschillen in mening over de ideale vorm van een multidisciplinaire richtlijn, zijn er verschillen in mening over de kennis waarop een richtlijn gebaseerd moet worden. Er is bij de ondervraagde partijen geen twijfel over dat wetenschappelijke evidentie de voorkeur geniet. Over de mate waarin er in de richtlijn ook ruimte moet zijn voor ervaringsdeskundigheid en praktijkervaringen lopen de meningen uiteen. Daarom bevelen wij aan om, vóórdat gestart wordt met de richtlijnontwikkeling, daar afspraken over te maken. In de richtlijn zou aangegeven kunnen worden welke aanbevelingen gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie, ervaringsdeskundigheid en praktijkervaringen.

#### *Waar gaat een richtlijn over: knelpuntenanalyse*

In het verleden zijn veel richtlijnen ontwikkeld met als doel de behandeling en zorg rond een bepaald onderwerp te beschrijven. Door deze brede invalshoek resulteerden richtlijnen soms in lijvige documenten. Als richtlijnen verder verbreed worden dan zou dat kunnen leiden tot nog grotere, en moeilijk toegankelijke documenten, zo vreest een deel van de ondervraagde personen. Veel betrokkenen verwachten dat richtlijnen efficiënter ontwikkeld kunnen worden door het ontwikkelingstraject te starten vanuit bepaalde knelpunten in de zorg. Zij suggereren dat een richtlijn niet alle zorg zou moeten beschrijven en zich zou moeten beperken tot de belangrijkste knelpunten in de zorg. We bevelen daarom aan om voorafgaand aan het ontwikkelen van de richtlijn een zogenaamde knelpuntenanalyse te doen onder een brede groep betrokkenen (waaronder ook cliëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars). De knelpuntenanalyse kan op verschillende manieren gebeuren, aldus de onderzoekspersonen, bijvoorbeeld door middel van discussie in de werkgroep die de richtlijn gaat ontwikkelen of via literatuuronderzoek. Er kan ook gekozen worden voor een bredere aanpak waarbij het veld nadrukkelijker betrokken wordt. Daaruit concluderen we dat de beste aanpak voor deze knelpuntenanalyse waarschijnlijk afhangt van het onderwerp. Het is voor het draagvlak van de richtlijn belangrijk om via een heldere, door een brede groep gedragen, besluitvormingsprocedure een uiteindelijke keuze van de knelpunten te maken. Daarna zou, voordat gestart wordt met de richtlijnontwikkeling, per knelpunt bekeken moeten worden hoe dat knelpunt het beste opgelost kan worden. Alleen die knelpunten waar het

volgen van een richtlijn een goede oplossing is, zouden verder in de richtlijn uitgewerkt kunnen worden.

Uit het onderzoek komt naar voren dat op basis van de knelpunten, idealiter maximaal 15 tot 20 uitgangsvragen geformuleerd zouden moeten worden die vervolgens in een richtlijn uitgewerkt gaan worden. Aangegeven wordt dat als het aantal uitgangsvragen beperkt wordt en de vragen in het begin al helder geformuleerd worden, de kans groter is dat er snel een richtlijn tot stand komt.

#### *Arbeid en maatschappelijke participatie*

Eén van de ideeën van het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg betreft de verbreding van richtlijnen met het thema arbeid(sparticipatie). De meeste ondervraagde personen onderschrijven dit idee omdat richtlijnen bedoeld zijn om de kwaliteit van zorg en daarmee de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. Arbeid, en in bredere zin maatschappelijke participatie zou daarom een aandachtspunt kunnen zijn in multidisciplinaire richtlijnen voor zover de behandeling daar invloed op heeft. Bij bepaalde groepen onderzoekspersonen, zoals medisch specialisten) leeft dit thema (nog) niet echt en zijn er weinig uitgesproken ideeën over de manier waarop dit een plaats kan krijgen in een richtlijn.

#### *Bij de ontwikkeling betrokken partijen*

Als er een richtlijn ontwikkeld gaat worden, wordt er voor die richtlijn meestal een aparte richtlijnwerkgroep opgericht. Een dergelijke werkgroep is vaak groot en kan bestaan uit 25 tot 30 mensen. De werkzaamheden worden verdeeld over de leden van de werkgroep. Er wordt ook wel gewerkt met een kerngroep en een brede referentiegroep. De kerngroep schrijft de richtlijn en de referentiegroep kan erop reageren.

Deze laatste strategie, waarin een beperkte groep de voortrekkersrol speelt, noemen onderzoekspersonen als methode om het ontwikkelingsproces te vernieuwen. De kerngroep wordt bij voorkeur gevormd door deskundigen op het terrein van het onderwerp. Daarvoor is een zorgvuldige analyse van het zorgproces nodig. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat alle disciplines vanaf het begin bij het ontwikkelingsproces betrokken worden. Als disciplines halverwege het proces erbij betrokken worden dan werkt dat, zo is uit ervaring gebleken, vertragend.

De onderzoekspersonen signaleren verschillen tussen de betrokken partijen wat betreft de inbreng in de discussies. Mogelijkheden om ervoor te zorgen dat de verschillende disciplines een gelijkwaardige inbreng hebben zijn het aanbieden van scholingen en het vragen van meerdere beroepsbeoefenaars uit een discipline om hen te sterken in de discussies.

De keuze van de voorzitter wordt als bepalend gezien voor de voortgang van het ontwikkel- en autorisatieproces. Deze voorzitter zou boven de partijen moeten staan en beslissingsbevoegdheid moeten hebben.

#### *Cliëntvertegenwoordigers*

Verbreden houdt ook in dat cliënten meer betrokken worden bij de richtlijnontwikkeling. Er is nog maar weinig traditie opgebouwd in het samenwerken met cliëntenorganisaties en de ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan zijn niet onverdeeld positief, zo blijkt uit de gesprekken met deskundigen uit kenniscentra en met cliëntvertegenwoordigers. Over de

gewenste rol van cliënten bij richtlijnontwikkeling bestaan verschillende meningen. Over het algemeen willen cliëntvertegenwoordigers een grotere rol spelen dan tot nu toe vaak het geval was. Andere deskundigen vinden het betrekken van cliëntvertegenwoordigers minder nodig of wenselijk. Cliëntvertegenwoordigers verschillen ook onderling over de rol die zij willen spelen bij richtlijnontwikkeling. De meeste onderzoekspersonen vinden het belangrijk dat cliëntvertegenwoordigers een rol spelen bij de knelpuntenanalyse en de commentaarfase. De verdere betrokkenheid hangt af van de wensen van de cliëntvertegenwoordigers en het soort richtlijn (bijvoorbeeld de mate waarin aanbevelingen (ook) gebaseerd worden op ervaringskennis). Daarom bevelen we aan om meteen bij de start van het traject van richtlijnontwikkeling de cliëntvertegenwoordigers erbij te betrekken om duidelijke afspraken te maken over de rol die cliëntvertegenwoordigers gaan spelen bij de verdere ontwikkeling. Voor de middenlange termijn adviseren we dat cliënten- én beroepsorganisaties een richtlijn ontwikkelen over de mogelijke manieren om het cliëntenperspectief in een multidisciplinaire richtlijn in te brengen en de keuzemomenten daarin. Per richtlijn zou dan gekeken kunnen worden hoe het cliëntperspectief daar het beste in betrokken wordt.

#### *De rol van kennisinstituten*

Tot nu toe spelen kennisinstituten vooral een faciliterende rol bij richtlijnontwikkeling, in de zin dat zij bijeenkomsten organiseren en/of betrokkenen nascholen in richtlijnontwikkeling. Afhankelijk van de richtlijn en de beschikbare middelen voeren kennisinstituten ook andere taken uit zoals het verzamelen van literatuur. De beroepsbeoefenaars in de werkgroep beoordelen vaak de literatuur en schrijven de richtlijn. Deze werkwijze heeft volgens de ondervraagde personen als belangrijk voordeel dat door de sterke betrokkenheid van de beroepsbeoefenaars gemakkelijker een draagvlak verkregen wordt voor de richtlijn. Als nadeel wordt ervaren dat het relatief veel tijd kost en niet iedereen er dat in wil en kan steken.

Over het algemeen vinden de deskundigen in ons onderzoek dat een kennisinstituut een rol zou moeten spelen bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Een kennisinstituut kan zich onafhankelijk opstellen en ervoor zorgen dat iedereen voldoende aan bod komt. Met hun deskundigheid in richtlijnontwikkeling weten zij welke stappen genomen moeten worden. Kennisinstituten kunnen voortbouwen op reeds opgedane ervaringen met richtlijnontwikkeling en aansluiten bij internationale ontwikkelingen. Als vernieuwingsstrategie noemen de onderzoekspersonen dat een kennisinstituut, naast de coördinatie, meer taken op zich neemt, zoals het zoeken naar literatuur, de (eerste) selectie van relevante literatuur, de (eerste) beoordeling van de bewijskracht van de literatuur en het schrijven van de concept-richtlijn. Dit zou kunnen gebeuren in nauw overleg met de leden van de kerngroep.

#### *Zorgverzekeraars en opleiders*

Naast beroepsbeoefenaars en cliëntvertegenwoordigers wordt bij het verbreden van richtlijnen door ZonMw gedacht aan het betrekken van zorgverzekeraars en opleiders bij het ontwikkelingsproces. De meningen van de ondervraagde partijen over het betrekken van zorgverzekeraars bij richtlijnontwikkeling staan grotendeels haaks op elkaar. Beroepsbeoefenaars, cliëntvertegenwoordigers en deskundigen van kenniscentra vinden het meestal geen goede zaak als zorgverzekeraars mee gaan beslissen over

handelingsadviezen omdat dan kostenoverwegingen mee gaan spelen in plaats van kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars kunnen wel betrokken worden bij de knelpuntenanalyse en kunnen de richtlijnen gebruiken als ze eenmaal gereed zijn, bijvoorbeeld bij de inkoop van zorg. Dit laatste wordt wenselijk geacht omdat het zou bijdragen aan de implementatie van de richtlijn. De zorgverzekeraars daarentegen geven aan dat, willen zij gebruik maken van de richtlijnen, zij ook invloed wensen op de inhoud van de richtlijnen.

Opleiders zien geen rol voor zichzelf weggelegd bij het ontwikkelen van richtlijnen, maar willen de richtlijn wel gebruiken in het onderwijscurriculum.

#### *Gebruik internet*

De meeste ondervraagde personen zijn het erover eens dat zowel in het ontwikkelingsproces als bij de implementatie veel beter gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheden van internet. Bij het ontwikkelingsproces zou een beveiligd domein ontworpen kunnen worden waar betrokkenen kunnen meelezen en reageren. Daardoor kan iedereen de meest recente informatie zien en snel reageren. Een ander voordeel, belangrijk bij het creëren van draagvlak en het versnellen van het autorisatieproces, is dat een veel grotere groep beroepsbeoefenaars de mogelijkheid krijgt mee te doen aan het ontwikkelingsproces.

Ook de ontsluiting van de richtlijn zou men het liefst zien via een gelaagde doorzoekbaarheid op internet, zoals nu al gedaan wordt in de oncologie. Elke discipline zou direct moeten kunnen zien wat de richtlijn voor hen adviseert dan wel voorschrijft, startend bij de handelingsadviezen en met een doorklikmogelijkheid naar de verantwoording.

In deze ontsluiting zou ook op elke plaats van de richtlijn een mogelijkheid moeten komen voor het plaatsen van een reactie. Hieruit zou afgeleid kunnen worden welke delen geactualiseerd zouden moeten worden. Gebruikers zouden per e-mail geattendeerd kunnen worden op actualisatie.

#### *Kwaliteitsinstrumenten*

Ten slotte denkt ZonMw bij het verbreden van richtlijnen aan mogelijkheden om in het ontwikkelingstraject te zorgen voor een goede basis voor de latere implementatie. Over het algemeen wordt dit door de ondervraagde personen toegejuicht, te meer omdat duidelijk is dat het ruim verspreiden van een richtlijn noodzakelijk, maar niet voldoende is (zie ook de uitkomsten van de meta-review in paragraaf 2.4). Allereerst wordt alom benadrukt dat het ontwikkelingsproces zodanig vormgegeven moet worden dat er een goed draagvlak verworven wordt voor de latere richtlijn. Dit wordt gezien als noodzakelijke voorwaarde voor het latere gebruik. Daarnaast wordt gepleit voor het inzetten van meerdere implementatiebevorderende methoden, afgestemd op de richtlijn en de behoeften van beroepsbeoefenaars. Ook uit de meta-review (zie hoofdstuk 2) bleek dat het combineren van methoden hoogstwaarschijnlijk de meest kansrijke strategie is. Kenniscentra geven in dit kader aan dat richtlijnontwikkeling én implementatie integraal gefinancierd moeten worden.

De onderzoekspersonen noemen meerdere methoden die de implementatie zouden kunnen bevorderen.

Op de eerste plaats is het belangrijk te zorgen voor op maat gesneden

informatievoorziening. Het ontsluiten van internet via een gelaagde zoekstrategie wordt gezien als een veelbelovend middel. Daarnaast houdt dit in dat er voor de verschillende gebruikersgroepen, andere producten ontwikkeld zouden kunnen worden.

Ten tweede zouden kwaliteitsindicatoren volgens de ondervraagde partijen een vast onderdeel moeten zijn van een multidisciplinaire richtlijn. Gebruikers kunnen daarmee nagaan in hoeverre ze handelen conform de adviezen in de richtlijn. De meeste onderzoekspersonen vinden het daarnaast wenselijk dat er indicatoren zijn die gebruikt kunnen worden door externe partijen zoals cliënten, zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Op de derde plaats zou tegelijk met de richtlijn scholing en scholingsmateriaal ontwikkeld moeten worden, aldus de ondervraagde personen.

Ten slotte zou dit aangevuld moeten worden met andere implementatiebevorderende kwaliteitsinstrumenten. De onderzoekspersonen noemen samenvattingen, zorgpaden, beslisbomen en informatiefolders voor cliënten. Er kunnen in de richtlijn ook adviezen opgenomen worden voor feedbackmethoden zoals visitatie, intervisie en supervisie. Daarnaast zou een lijst gemaakt kunnen worden met implementatiebevorderende adviezen. Deze lijst zou mogelijke oplossingen voor praktisch knelpunten bij het volgen van de richtlijn kunnen bevatten. Daarnaast zouden adviezen gegeven kunnen worden voor het maken van afspraken tussen de disciplines in de eigen regio over het volgen van de richtlijn.

#### *Autoriseren*

Het autoriseren van een richtlijn kost doorgaans veel tijd. De onderzoekspersonen denken verschillend over of dit autorisatieproces versneld moet en kan worden. Als argument om niet te versnellen wordt verwezen naar de discussies die tijdens het autorisatieproces binnen de beroepsgroepen gevoerd worden, wat goed zou zijn voor de implementatie. Er zou mogelijk tijdswinst kunnen optreden door deze discussies al te voeren tijdens het ontwikkelingsproces zodat de uiteindelijke autorisatie meer een formaliteit wordt.

Sommige onderzoekspersonen opperen de mogelijkheid om alleen te autoriseren door na te gaan of procedures goed gevolgd zijn, maar over het algemeen zijn de deelnemers van mening dat dit een autorisatie voor de gebruikersgroepen niet kan vervangen. Door de vergadertijdstoppen van de organisaties die moeten autoriseren beter op elkaar af te stemmen, zou tijdswinst te behalen zijn.

Op grond van de informatie van de ondervraagde personen, zou eraan gedacht kunnen worden de autorisatie te splitsen in twee onderdelen. In het ene onderdeel wordt de formeel gevolgde procedure voor het tot stand komen van de gehele richtlijn getoetst. Dit zou kunnen gebeuren door een onafhankelijke organisatie die toetst aan de hand van internationaal geaccepteerde criteria (bijvoorbeeld met behulp van het AGREE-instrument). Voorwaarde is wel dat deze criteria ook door de gebruikers als relevant beschouwd worden. Een onafhankelijk (kennis)instituut kan gedurende de ontwikkeling (dus niet achteraf) ondersteuning bieden opdat het proces verloopt volgens de criteria. De goedkeuring van de inhoud van de richtlijn moet blijven gebeuren door de gebruikers zelf. Dit zou versneld kunnen worden door in het ontwikkelingsproces zo veel mogelijk al een discussie met de achterban te voeren over de inhoud van de richtlijn. Op het moment dat behandeladviezen in de richtlijn opgenomen worden is daarover al min of meer overeenstemming bereikt. Daarnaast zouden gebruikers kunnen afspreken welke delen



door wie goedgekeurd moeten worden. De multidisciplinaire richtlijn hoeft dan niet in zijn geheel door elke gebruikersorganisatie goedgekeurd te worden.

#### *Beheer en actualiseren*

Ten slotte is aan de deelnemers van dit onderzoek gevraagd wie eigenaar zou moeten zijn van multidisciplinaire richtlijnen. Daar waren veelal geen uitgesproken meningen over omdat de deelnemers niet goed wisten wat dat eigenaarschap tot gevolgen heeft. Tot nu toe blijkt het meestal niet goed geregeld. Voorafgaand aan een regeling van het eigendom zou afgesproken moeten worden welke taken en verantwoordelijkheden daaraan verbonden zijn. Vanuit het oogpunt van draagvlak ligt het ons inziens voor de hand dat de beroepsbeoefenaars (geestelijk) eigenaar zijn van de inhoud van de richtlijn. Los daarvan moeten bij de ontwikkeling van de richtlijn afspraken gemaakt worden over bijvoorbeeld wie de richtlijn toegankelijk maakt, wie zorgt voor actualisering, en wie het aanspreekpunt is.



# Literatuur

- Bauer MS. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv.Rev.Psychiatry* 2002;10(3):138-53.
- Black N, Murphy M, Lamping D, McKee M, Sanderson C, Askham J et al. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *J.Health Serv.Res.Policy* 1999;4(4):236-48.
- Boyd EA, Bero LA. Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests. *Health Res Policy Syst.* 2006 Dec;4:16.
- Cabana MD, Rushton JL, Rush AJ. Implementing practice guidelines for depression: applying a new framework to an old problem. *Gen.Hosp.Psychiatry* 2002;24(1):35-42.
- Effective Health Care. Implementing clinical guidelines: can guidelines be used to improve clinical practice? Leeds: University of Leeds, 1994.
- Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovations within health care organizations. Literature review and Delphi study. *Int Qual Health Care* 2004;16(2):107-123.
- Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Res Policy Syst.* 2006a Nov 29;4:15.
- Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Res Policy Syst.* 2006b Dec 1;4:17.
- Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Res Policy Syst.* 2006c Dec 8;4:27.
- Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, Domenighetti G, Finer D. Impact of mass media on health services utilisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
- Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of practice guideline. *Med Care* 1994;32:202-213.
- Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J.Gen.Intern.Med.* 2006;21 Suppl 2:S14-S20.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol. Assess.* 2004;8(6).

- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003, 362:1225-1230.
- Gross PA, Pujat D. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: a systematic review. *Med.Care* 2001;39(8 Suppl 2):II55-II69.
- Lomas J. Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. *Annual Review Public Health* 1991;12:41-65.
- Minkman M, Dippel D, Franke C. Trage invoering van trombolysen in de acute CVA-zorgketen. *KIB*, 2005, 15;(2), 4-7.
- Musters L., de Graaf N., Verhoeven M. landelijk project ketenkwaliteit COPD: een kwestie van lange adem. *KIB*, 2005,15(2):19-21.
- Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, et al. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment* 1998; 2 (3)
- NHS Centre for reviews and dissemination. Getting evidence into practice. *Effective health care* 1999;5(1)1-16.
- Oxman AD, Fretheim A, Schünemann HJ; SURE. Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. *Health Res Policy Syst.* 2006a Nov 20;4:12.
- Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Res Policy Syst.* 2006b Nov 29;4:14.
- Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Res Policy Syst.* 2006c Dec 1;4:19.
- Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. *Health Res Policy Syst.* 2006d Dec 5;4:20.
- Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Res Policy Syst.* 2006e Dec 5;4:24.
- Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 14. Reporting guidelines. *Health Res Policy Syst.* 2006f Dec 8;4:26.
- Oxman AD, Schünemann HJ, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Res Policy Syst.* 2006g Dec 8;4:28.
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153:1423-31.
- Oxman AD. Systematic reviews: checklists for review articles. *BMJ* 1994, 309: 648-651.

- Oxman AD & Guyatt Gh. Validation of an index of the quality of review articles. *J Clin Epidemiol.* 1991;44(11):1271-8.
- Oxman AD, Guyatt GH, Singer J, Goldsmith CH, Hutchinson BG, Milner RA et al. Agreement among reviewers of review articles. *J Clin Epidemiol.* 1991;44:91-98.
- Richens Y, Jo RM. Getting guidelines into practice: a literature review. *Nurs.Stand.* 2004;18(50):33-40.
- Sachs M. Erfolgreiche Strategien und Methoden der Implementierung von Pflegestandards. Eine systematische Übersichtsarbeit. [Successful strategies and methods of nursing standards implementation.] *Pflege.* 2006;19(1):33-44.
- Saillour-Glenisson F & Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. *Revue de la littérature.* [Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. ] *Rev.Epidemiol.Sante Publique* 2003;51(1 Pt 1):65-80.
- Schünemann HJ, Oxman AD, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Res Policy Syst.* 2006b Dec 1;4:18.
- Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst.* 2006c Dec 5;4:21.
- Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Res Policy Syst.* 2006d Dec 5;4:22.
- Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Res Policy Syst.* 2006e Dec 8;4:25.
- Simpson SH, Marrie TJ, Majumdar SR. Do guidelines guide pneumonia practice? A systematic review of interventions and barriers to best practice in the management of community-acquired pneumonia. *Respir.Care Clin.N.Am.* 2005;11(1):1-13.
- Smolders M., Laurent M., Wensing M. et al. Kwaliteitsindicatoren op basis van multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen. Nijmegen: WOK, 2005.
- Solberg LI. Guideline implementation: what the literature doesn't tell us. *Journal of Quality Improvement.* 2000;26;(9):525-537.
- Tan-Torres Edejer T. Improving the use of research evidence in guideline development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. *Health Res Policy Syst.* 2006 Dec 5;4:23.

Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Clinical guidelines in nursing, midwifery and other professions allied to medicine (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.

Tooher R, Middleton P, Babidge W. Implementation of pressure ulcer guidelines: what constitutes a successful strategy? *J Wound Care* 2003;12(10):373-2.

Wensing M, Van der Weijden TRG, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective. *British Journal General Practice* 1998;48:991-7.

ZonMw. Raamplan 2e fase Programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg(KKCZ). Juni 2006

## Bijlage I. Quality assessment checklist for reviews

REF ID: \_\_\_\_\_

Reviewer: \_\_\_\_\_

1. Were the search methods used to find evidence (primary studies) on the primary question(s) stated?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

2. Was the search for evidence reasonably comprehensive?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

3. Were the criteria used for deciding which studies to include in the review reported?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

4. Was bias in the selection of articles avoided?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

5. Were the criteria used for assessing the validity of the studies that were reviewed reported?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

6. Was the validity of all of the studies referred to in the text assessed using appropriate criteria (either in selecting studies for inclusion or in analyzing the studies that are cited)?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

7. Were the methods used to combine the findings of the relevant studies (to reach a conclusion) reported?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

8. Were the findings of the relevant studies combined appropriately relative to the primary question the review addresses?

NO                       PARTIALLY                       YES

Comments:

9. Were the conclusions made by the author(s) supported by the data and/or analysis reported in the review?

NO  PARTIALLY  YES

Comments:

10. Overall, how would you rate the scientific quality of this review?

Extensive flaws		Major flaws		Minor flaws		Minimal flaws
1	2	3	4	5	6	7

Comments:

Toelichting over hoe bovenstaande beoordelingslijst in deze review is gebruikt:

Naast de instructie van Oxman & Guyatt zelf (“Index of the scientific quality of research overviews: instructions for use”), hebben de reviewers met de volgende onderlinge afspraken rekening gehouden:

Bij vraag 1 (search methods stated?) wordt “partially” ingevuld als uitsluitend de gebruikte zoektermen zijn vermeld en “yes” als ook wordt beschreven hoe deze zijn gecombineerd (“AND”, “OR” enz.).

Bij vraag 2 (search reasonably comprehensive?) wordt “partially” ingevuld als uitsluitend PUBMED is geraadpleegd en/of als er wel meerdere internationale bestanden zijn geraadpleegd maar er gezocht is over een periode korter dan 10 jaar.

Bij vraag 3 (criteria voor inclusie) wordt de score “yes” gegeven als de inclusiecriteria expliciet zijn genoemd. Als uitsluitend exclusiecriteria zijn genoemd, dan wordt de score “partially” gegeven.

Bij vraag 4 (bias in selection avoided?) is de score “yes” gegeven als zowel de eerste selectie op basis van de “hits” als de daarop volgende selectiestappen door minimaal twee personen onafhankelijk van elkaar is gedaan. Indien slechts een deel van de selecties/selectiefasen onafhankelijk door verschillende onderzoekers is gedaan wordt “partially” ingevuld.

Bij vraag 5 (criteria used for assessing validity of the reviewed studies reported?) is “yes” ingevuld als er gebruik is gemaakt van expliciete beoordelingscriteria of een beoordelingsinstrument en deze ook zijn beschreven.

Bij vraag 6 (validity of all studies assessed using appropriate criteria; either in selecting or in analyzing studies?) wordt “yes” ingevuld als zowel bij de selectie als bij de analyse van studies is gekeken naar de methodologische kwaliteit aan de hand van expliciete beoordelingscriteria of een beoordelingsinstrument. Als daarbij alleen gekeken is gekeken naar de “sterkte” van de designs (bijv. wel/geen RCT, CCT e.d.) wordt “partially” ingevuld.

Bij vraag 7 (methods used to combine findings reported?) wordt “yes” ingevuld als er sprake is van een “best evidence synthese”, van pooling van de resultaten of van een “evidentietabel” aan de hand waarvan resultaten worden besproken.

Bij vraag 8 (findings combined appropriately relative to primary question?), zie instructie van Oxman & Guyatt.

Bij vraag 9 (conclusions supported by data and/or analysis?), zie instructie van Oxman &



Guyatt.

Bij item 10 “overall score”, zie instructie van Oxman & Guyatt. Als bij de vragen 2, 4, 6 of 8 een keer “no” is ingevuld, wordt meestal niet meer dan een score 3 of lager toegekend. Bij een “overall” score moet echter ook gekeken worden naar hoe hoog op de andere items gescoord wordt.

