

A vertical, textured graphic on the left side of the page, resembling a human silhouette or a vertical bar. It features a large, stylized letter 'R' in the upper half and the word 'niveau' in a lowercase, sans-serif font overlaid on the lower half.

niveau

# ***Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg***

evaluatie richtlijnen, standaarden en  
protocollen

KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK



30127473

## **Kwaliteitsbevordering paramedische zorg**

Uitgeverij  
De Persgroep  
Postbus 1123  
3720 BG Utrecht

Marieke Plas  
Hannelore Hofhuis  
Marinda Dorgelo  
Joost Dekker  
Els van den Ende

Utrecht, mei 2001

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700

In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad) -  
Pof.J.H.Bavincklaan 2, Postbus 396 - 1180 BD Amstelveen  
Telefoon: 020 - 3475555 - Fax 020-6473494



CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Evaluatie richtlijnen, standaarden en protocollen /  
M. Plas, H. Hofhuis, M. Dorgelo, J. Dekker E. van den Ende

Utrecht: Nivel

Met lit opg.

ISBN 90-6905-527-9

Trefw.: kwaliteit, programma-evaluatie, richtlijnen, paramedici

© Nivel - Utrecht - 2001

Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd 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 (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld

## Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van de evaluatie van het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen' dat in het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) is uitgevoerd. Met uitzondering van de radiologisch laboranten nemen alle paramedische beroepsgroepen deel aan dit thema. De paramedische beroepsgroepen hebben binnen dit thema voor verschillende projecten gekozen. Voor de dietisten is een raamwerk voor protocollen ontwikkeld en een databank voor protocollen opgezet. Ook voor de ergotherapeuten en mondhygienisten is een dergelijke databank opgezet. Voor de podotherapeuten is een inventarisatie gedaan van onderwerpen die zich lenen voor richtlijnontwikkeling. Tevens is een inventarisatie voor indicatiestelling in de podotherapie gedaan. Voor de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygienisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en orthoptisten zijn binnen dit thema richtlijnen ontwikkeld.

Drie organisaties hebben, in samenwerking met de paramedische beroepsgroepen, de projecten uitgevoerd. Deze zijn

- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
- Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), Amersfoort
- Hogeschool Arnhem Nijmegen, VDO Opleidings- en adviescentrum

Bij aanvang van het BKPZ-programma zijn 56 kwaliteitsprojecten in acht thema's opgezet voor de tien paramedische beroepsgroepen. Later zijn nog enkele projecten gestart. Het BKPZ-programma wordt gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad). Het Nivel heeft de opdracht de voortgang, de resultaten en de effecten van het BKPZ-programma te evalueren. Dit rapport bevat de evaluatie van het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen'. De evaluatie van dit thema is gericht op het proces, de resultaten en de implementatie. In hoofdstuk 1 worden de inleiding en de methoden beschreven. Hoofdstuk 2 bevat de procesevaluatie, hoofdstuk 3 de evaluatie van de resultaten en hoofdstuk 4 bevat de evaluatie met betrekking tot de implementatie. De conclusies en aanbevelingen zijn weergegeven in hoofdstuk 5. Dit hoofdstuk is zelfstandig leesbaar. Voor een overzicht van de belangrijkste resultaten wordt naar dit hoofdstuk verwezen.

We zijn alle betrokken paramedici en projectleiders zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews en de schriftelijke vragenlijsten.

Utrecht, mei 2001

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>inleiding en methoden</b>	<b>7</b>
1 1.	Aanleiding	7
1 2.	Onderzoeksvragen	9
1 3.	Procesevaluatie	9
1.4.	Evaluatie van de resultaten	10
1.4.1	Achtergrond	10
1.4 2	Opzet van de evaluatie	11
1 5.	Implementatie-onderzoek	11
1 5.1	Achtergrond	11
1 5.2	Opzet van de evaluatie	13
1.5.3	Analyses	14
1.6	Conclusies	14
<b>2</b>	<b>Procesevaluatie</b>	<b>15</b>
2.1	Activiteiten in het BKPZ-programma	15
2 1.1	Dietisten	15
2.1 2	Ergotherapeuten	16
2.1 3	Fysiotherapeuten	16
2.1.4	Logopedisten	17
2.1 5	Mondhygiënist	17
2.1.6	Oefentherapeuten Cesar	17
2.1 7	Oefentherapeuten-Mensendieck	18
2 1 8	Orthoptisten	18
2.1 9	Podotherapeuten	18
2.2	Uitvoering van de projecten	19
2 2.1	Verloop van de projecten	19
2 2.2	Ontwikkeling van de producten	21
2.2.3	Draagvlak en implementatie	24
2 3	Conclusie	25
<b>3</b>	<b>Evaluatie van de resultaten</b>	<b>27</b>
3 1	Inleiding	27
3 2	Ontwikkeling van de richtlijn	28
3 3	Kader en inhoud	31

3.4	Toepassing van de richtlijn	33
3.5	Scores	34
3.6	Conclusie	35
<b>4</b>	<b>Implementatie-onderzoek</b>	<b>37</b>
4.1	Fysiotherapeuten	37
4.1.1	Algemene gegevens	38
4.1.2	Bekendheid met de richtlijn 'acuut enkelletsel'	38
4.1.3	Gebruik van de richtlijn	40
4.1.4	Voor- en nadelen	41
4.1.5	Mening over de richtlijn	42
4.1.6	Mening over het gebruik van richtlijnen in het algemeen	44
4.1.7	Non-responsonderzoek	44
4.1.8	Conclusie	45
4.2	Ergotherapeuten	46
4.2.1	Algemene gegevens	46
4.2.2	Bekendheid met de 'standaard WVG-advisering door ergotherapeuten'	47
4.2.3	Gebruik van de standaard	48
4.2.4	Voor- en nadelen	50
4.2.5	Mening over de standaard	51
4.2.6	Mening over het gebruik van standaarden in het algemeen	52
4.2.7	Non-responsonderzoek	53
4.2.8	Conclusie	54
4.3	Logopedisten	54
4.3.1	Algemene gegevens	54
4.3.2	Bekendheid met de standaarden voor het logopedisch proces	55
4.3.3	Gebruik van de standaarden	56
4.3.4	Voor- en nadelen	57
4.3.5	Mening over de standaarden	58
4.3.6	Mening over het gebruik van standaarden in het algemeen	59
4.3.7	Conclusie	60
4.4	Dietisten	60
4.4.1	Algemene gegevens	61
4.4.2	Bekendheid met het POR-model	61
4.4.3	Gebruik van het POR-model	62
4.4.4	Voor- en nadelen	63
4.4.5	Mening over het POR-model	64
4.4.6	Mening over het gebruik van protocollen in het algemeen	64
4.4.7	Conclusie	65
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>67</b>
5.1	Procesevaluatie	67
5.2	Evaluatie van de resultaten	68
5.3	Implementatie-onderzoek	70
5.4	Aanbevelingen	72

**Literatuur**

**75**

**Bijlagen**

**77**



# 1 Inleiding en methoden

In het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) worden door de tien paramedische beroepsgroepen kwaliteitsprojecten uitgevoerd. Het Nivel evalueert de projecten die binnen het BKPZ-programma zijn gestart. Bij aanvang van het BKPZ-programma zijn 56 kwaliteitsprojecten opgezet die onder acht thema's vallen. Een van de thema's betreft 'richtlijnen, standaarden en protocollen'. In dit rapport wordt verslag gedaan van de evaluatie van dit thema.

Als eerste stap in het evaluatie-onderzoek is bij de aanvang van het BKPZ-programma door het Nivel een nulmeting verricht waarin de beginsituatie bij elke beroepsgroep in kaart is gebracht; in aansluiting daarop zijn concreet meetbare einddoelen voor alle projecten geformuleerd. De resultaten van de nulmeting, het overzicht van de einddoelen en de opzet van het evaluatie-onderzoek zijn beschreven in het eerste onderzoeksrapport (Sluijs e.a., 1998).

Van de 56 projecten die bij aanvang van het BKPZ-programma zijn opgezet konden 216 concrete streefdoelen worden geformuleerd. Deze streefdoelen vormen de maatlat waaraan het welslagen van het programma na afloop kan worden afgemeten. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen waarin per thema staat aangegeven welke beroepsgroep een project uitvoert binnen dat thema. Ook wordt een korte beschrijving gegeven van de inhoud van de thema's.

Negen van de tien paramedische beroepsgroepen hebben bij aanvang van het BKPZ-programma aangegeven binnen het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen', het onderwerp van dit rapport, projecten uit te voeren. Hierbij zijn voor een aantal beroepsgroepen nieuwe richtlijnen, standaarden of protocollen ontwikkeld. Voor andere beroepsgroepen is een databank van richtlijnen opgezet of onderzoek gedaan naar de behoefte aan richtlijnen of mogelijke onderwerpen voor richtlijnen.

In dit eerste hoofdstuk wordt allereerst aandacht besteed aan verschillende ontwikkelingen binnen de paramedische zorg die ten grondslag liggen aan het uitvoeren van projecten gericht op het ontwikkelen of implementeren van richtlijnen, standaarden of protocollen. Vervolgens worden de onderzoeksvragen gepresenteerd en wordt aandacht besteed aan de Nivel-evaluatie van deze projecten. Voor de overzichtelijkheid wordt in dit rapport de term 'richtlijnen' gebruikt als verzamelnaam voor richtlijnen, standaarden en protocollen<sup>1</sup>.

## 1.1 Aanleiding

Aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen ligt een aantal belangrijke motieven ten grondslag. De wens tot verdere professionalisering is een belangrijke drijfveer (Timmermans e.a., 1994; Driessen e.a., 1995). Elementen van professio-

<sup>1</sup> We gebruiken de term 'richtlijnen' als verzamelnaam. De beroepsgroepen hebben elk een eigen voorkeur en gebruiken de volgende begrippen: richtlijnen, standaarden, protocollen, standaardzorgplannen en standaardbehandelplannen. Het verschil is vaak meer een kwestie van connotatie dan van een verschil in inhoud.

nalisering zijn het afbakenen van het eigen vakgebied, het evalueren van de verleende zorg, en het streven naar wetenschappelijke onderbouwing van de zorg. Ook de wetgeving is een belangrijke stimulans voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid (Timmermans e a , 1994) In de wetgeving staat de zelfregulering in de gezondheidszorg binnen wettelijke kaders centraal Zorgaanbieders hebben de verplichting om de kwaliteit van de door hen verleende zorg zichtbaar en toetsbaar te maken. Een van de middelen die daarbij kunnen helpen zijn richtlijnen. Eerder was op de Leidschendamconferenties afgesproken dat de aanbieders van zorg kwaliteitssystemen zullen ontwikkelen en invoeren Deze afspraak is bekrachtigd in de wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen waar aanbieders van zorg verantwoordelijk worden gesteld voor een 'systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg' (Ministerie van VWS, 1992, 1996).

Het algemene doel van de ontwikkeling van richtlijnen betreft kwaliteitsverbetering en verdere professionalisering van het beroep Met de paramedische richtlijnen wil men zichtbaar maken wat de paramedische interventie bij de behandeling van een bepaalde aandoening kan betekenen Tevens wil men met de richtlijnen streven naar een uniforme behandeling van patiënten voor wie de richtlijn is bedoeld. Door zorgvuldige wetenschappelijke onderbouwing en uniformiteit kunnen richtlijnen het vertrouwen in de beroepsuitoefening van de paramedische beroepen vergroten (Visser e.a., 1997).

*In het ideale geval zijn richtlijnen gebaseerd op effectonderzoek (evidence based practice) om optimale behandelresultaten te bewerkstelligen. Voor zover mogelijk is ook de ontwikkeling van paramedische richtlijnen op effectonderzoek gebaseerd. Omdat de effectiviteit van veel paramedische zorg echter nog nauwelijks is onderzocht, zijn bij gebrek aan wetenschappelijk bewijs andere methoden gevolgd, zoals literatuuronderzoek, in combinatie met raadpleging van deskundigen en praktijkregistraties*

De paramedische beroepsgroepen hebben voor verschillende uitgangspunten gekozen bij het ontwikkelen van richtlijnen. De fysiotherapeuten hebben ervoor gekozen dat richtlijnen zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd moeten zijn. Ook in de ergotherapie wordt zoveel mogelijk gestreefd naar wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen in combinatie met praktijkkennis en raadpleging van een referentengroep. Bij orthoptie is gebruik gemaakt van praktijkregistraties van patientgegevens en van terugkoppeling van centraal opgestelde gegevens met de praktijk. Voor de logopedische standaarden is de Delphi-methode gebruikt. Dit betekent dat consensus is bereikt in een panel van experts. De dietisten hanteren de methode van de fysiotherapeuten, maar dan als raamwerk. De nadruk ligt op de praktijkervaring van de dietisten (Brandsma, e.a. 1997).

In het programma OKPZ (Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg) is een begin gemaakt met de ontwikkeling van richtlijnen voor de paramedische zorg. De richtlijnen die in het OKPZ-programma zijn ontwikkeld zijn inmiddels geïmplementeerd Ervaringen met deze richtlijnen kunnen gebruikt worden bij de implementatie van de in het BKPZ-programma ontwikkelde richtlijnen.

Met uitzondering van de radiologisch laboranten nemen alle paramedische beroepsgroepen deel aan dit thema. Voor de dietisten is binnen dit thema een raamwerk voor protocollen ontwikkeld en een databank voor protocollen opgezet. Ook voor de ergotherapeuten en mondhygienisten is een dergelijke databank opgezet. Voor de podotherapeuten is een inventarisatie gedaan van onderwerpen die zich lenen voor richtlijnontwikkeling Tevens is een inventarisatie voor indicatiestelling in de podotherapie gedaan. Voor de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygienisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en orthoptisten zijn binnen dit thema richtlijnen ontwikkeld.

## 1.2 Onderzoeksvragen

Het Nivel heeft de opdracht de voortgang, de resultaten en de effecten van het BKPZ-programma te evalueren. De evaluatie van het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen' bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste is de evaluatie gericht op het ontwikkelproces van de richtlijnen en overige producten die binnen dit thema ontwikkeld zijn. In deze evaluatie is onderzocht in hoeverre het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gehaald. Tevens is onderzocht in hoeverre rekening is gehouden met implementatie in de praktijk. Ten tweede wordt aandacht besteed aan de resultaten van de projecten. Daarbij is nagegaan wat de kwaliteit is van de ontwikkelde richtlijnen. Ten derde is een gedeelte van de evaluatie gericht op implementatie. Onderzocht is in hoeverre de paramedici waarvoor al richtlijnen bestaan bekend zijn met deze richtlijnen en in hoeverre ze deze richtlijnen toepassen. Tevens is hierbij nagegaan wat de mening van de paramedici is over het gebruik van richtlijnen. Op basis van dit laatste evaluatie-onderdeel kunnen aanbevelingen worden gedaan voor de implementatie van de in het BKPZ-programma ontwikkelde richtlijnen.

De bij deze evaluatie behorende vraagstelling is onder te verdelen in zeven vragen:

1. *Zijn de projecten volgens plan uitgevoerd?*
2. *Zijn de streefdoelen gehaald?*
3. *Wat is de kwaliteit van de richtlijnen?*
4. *In hoeverre zijn paramedici bekend met een voor hun beroepsgroep ontwikkelde richtlijn?*
5. *In hoeverre gebruiken de paramedici deze richtlijn?*
6. *Wat is de mening van paramedici over het gebruik van richtlijnen?*
7. *Welke stappen moeten nog ondernomen worden voor implementatie in de praktijk?*

## 1.3 Procesevaluatie

In de procesevaluatie wordt aandacht besteed aan het verloop van de projecten en de mening over de resultaten van zowel de paramedici die bij de projecten betrokken waren, als van de projectleiders van de begeleidende instellingen. Bij de start van het BKPZ-programma is door het Nivel in een nulmeting nagegaan wat het plan van aanpak was en wat de streefdoelen zijn van de bij dit thema betrokken beroepsgroepen. In deze evaluatie is nagegaan in hoeverre het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gerealiseerd. Bovendien is onderzocht in hoeverre rekening is gehouden met implementatie in de praktijk.

Om na te gaan hoe de projecten zijn verlopen zijn interviews gehouden met paramedici die zitting hadden in de werkgroepen en met de projectleiders van de begeleidende instellingen. Voor de interviews met de paramedici heeft een kort telefonisch interview plaatsgevonden waarbij ingegaan werd op de ervaringen met het verloop van het project. In totaal zijn 26 telefonische interviews afgenomen. Hierbij is per werkgroep een interview afgenomen. Omdat er voor de podotherapeuten geen werkgroep is opgezet, heeft er geen telefonisch interview met podotherapeuten plaatsgevonden. In de telefonische interviews is gevraagd hoe de uitvoering van de projecten is verlopen en welke mee- en tegenvallers zich hierbij hebben voorgedaan. Tevens is ingegaan op activiteiten gericht op de implementatie en het creëren van een draagvlak voor de eindproducten. Bijlage 2 bevat de vragenlijst die voor de telefonische interviews is gebruikt. Ten behoeve van het interview met de projectleiders is een interview-checklist opgesteld (zie bijlage 3). In de interviews is aandacht besteed aan de projectplanning. Gevraagd is in hoeverre de projecten zijn uitgevoerd volgens de vooraf opgestelde projectplannen. Tevens is ingegaan op de inhoud van de richtlijnen. Het verslag van de interviews is ter autorisatie voorgelegd aan de geïnterviewde personen.

Aan de hand van de resultaten van de eindevaluatie van het BKPZ-programma (Hofhuis e.a., 2001) is nagegaan welke streefdoelen zijn gehaald. Deze eindevaluatie geeft een overzicht van alle projecten die binnen het BKPZ-programma zijn uitgevoerd. Daarbij is voor alle projecten onderzocht welke streefdoelen zijn gerealiseerd.

Met behulp van deze methoden zal antwoord worden gegeven op de eerste twee onderzoeksvragen: zijn de projecten volgens plan uitgevoerd? en zijn de streefdoelen gehaald? De resultaten van deze procesevaluatie staan weergegeven in hoofdstuk 2.

## **1.4 Evaluatie van de resultaten**

### *1.4.1 Achtergrond*

Zoals hierboven ook al vermeld, worden richtlijnen ontwikkeld om kwaliteitsbevordering en verdere professionalisering van het beroep te bewerkstelligen. Hiertoe dienen de richtlijnen echter wel aan een aantal eisen te voldoen. Grol e.a. (1994) hebben acht criteria voor goede praktijkrichtlijnen opgesteld. Het gaat hierbij om de volgende criteria: wetenschappelijk verantwoord, reproduceerbaar, toepasbaar, specifiek en gedifferentieerd, flexibel, helder en begrijpelijk, didactisch en attractief. Om ervoor te zorgen dat richtlijnen worden geaccepteerd en ingevoerd in de praktijk moeten de richtlijnen aan deze criteria voldoen. Het is daarom belangrijk om te weten wat de kwaliteit is van de richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld.

Cluzeau e.a. (1999) hebben een beoordelingsinstrument ontwikkeld waarmee richtlijnen kunnen worden beoordeeld. Dit instrument bestaat uit een vragenlijst van in totaal 37 vragen welke zijn onderverdeeld in drie dimensies. De eerste dimensie betreft de ontwikkelingsmethode, waarin de validiteit en reproduceerbaarheid aan de orde komen. De tweede dimensie heeft betrekking op het kader en de inhoud; in deze dimensie wordt ingegaan op de betrouwbaarheid, de doelmatigheid, flexibiliteit en duidelijkheid. De derde dimensie betreft de toepassing van de richtlijn; hierbij wordt aandacht besteed aan de implementatie en de verspreiding van de richtlijn en het toezicht houden op het naleven van de richtlijn. In grote lijnen komen deze dimensies overeen met de criteria voor goede richtlijnen van Grol e.a. (1994). Met elke vraag wordt geïnventariseerd of informatie over een bepaald item aanwezig is. De vragen kunnen beantwoord worden met 'ja', 'nee', 'weet niet', of (in enkele gevallen) 'niet van toepassing'. Bij dit instrument hoort ook een toelichting waarbij voor elke vraag vermeld staat waaraan de richtlijn minimaal moet voldoen om 'ja' te scoren (Cluzeau e.a., 2000). Dit instrument is betrouwbaar en valide gebleken. Het beoordelingsinstrument en de bijbehorende toelichting zijn opgenomen in bijlage 4. Uit een onderzoek waarin 13 verschillende beoordelingsinstrumenten voor richtlijnen werden vergeleken kwam het instrument van Cluzeau e.a. als best ontwikkeld instrument naar voren (Graham e.a., 2000). Dit instrument bleek een van de weinige gevalideerde instrumenten te zijn. Bovendien was dit het enige instrument dat een goede betrouwbaarheid had.

Dit beoordelingsinstrument is uitgetest bij 60 Britse richtlijnen. Uit deze beoordeling kwam naar voren dat het merendeel van de richtlijnen aan minder dan de helft van de criteria voldoet. De richtlijnen haalden de beste resultaten op de tweede dimensie, het kader en de inhoud. De score was het laagst op de derde dimensie, de toepassing van de richtlijn (Cluzeau, e.a., 1999).

## 1.4.2 Opzet van de evaluatie

Met behulp van dit beoordelingsinstrument zijn in totaal 13 richtlijnen die binnen het BKPZ-programma ontwikkeld zijn geevalueerd. Hierbij zijn alleen richtlijnen beoordeeld die op de inhoud van de behandeling ingaan. Per beroepsgroep is ten minste een richtlijn beoordeeld. Van beroepsgroepen die voor 1 januari 2001 meerdere richtlijnen (in conceptvorm) gereed hadden, zijn meerdere richtlijnen beoordeeld. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de richtlijnen beoordeeld. Om tot consensus te komen over de kwaliteit van de richtlijnen is een aantal bijeenkomsten georganiseerd, waarin de scores die verschilden zijn besproken.

Tijdens de interviews met de projectleiders is ingegaan op een aantal aspecten van de richtlijn. Hierbij is met name aandacht besteed aan aspecten die bij de beoordeling als onvoldoende naar voren kwamen. De projectleiders is om een toelichting gevraagd op deze aspecten

Met behulp van deze methode kan antwoord worden gegeven op vraag 3 *wat is de kwaliteit van de richtlijnen? De resultaten van deze evaluatie van de richtlijnen zijn beschreven in hoofdstuk 3.*

## 1.5 Implementatie-onderzoek

### 1.5.1 Achtergrond

In navolging van het OKPZ-programma en het BKPZ-programma is onlangs gestart met het derde kwaliteitsprogramma voor de paramedische beroepsgroepen, genaamd 'Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (IKPZ). Hoofddoel van dit programma is de implementatie van de reeds ontwikkelde instrumenten van het OKPZ- en BKPZ-programma. Ook de richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld, zullen binnen het IKPZ-programma worden geïmplementeerd. Voor de implementatie van richtlijnen is het van belang om te weten op welke manier hulpverleners bekend raken met richtlijnen, in hoeverre richtlijnen gebruikt worden en welke meningen hulpverleners hebben over het gebruik van richtlijnen. Inzicht hierin kan gebruikt worden voor de te kiezen implementatiestrategieën

Hoewel de ontwikkeling van richtlijnen voor de paramedische beroepen vrij nieuw is, wordt er voor andere beroepen in de gezondheidszorg al geruime tijd gewerkt aan dit onderwerp. Zo worden er sinds 1982 richtlijnen ontwikkeld voor medisch specialisten (Klazinga, 1996) en ontwikkelt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) sinds 1987 standaarden voor huisartsen (Grol e.a., 1992). De eerste landelijke verpleegkundige richtlijn verscheen in 1990 (Ettema, 1993). Bovengenoemde beroepsgroepen hebben hierdoor al enige tijd ervaring met het ontwikkelen van richtlijnen. Ook is er voor deze beroepsgroepen al op verschillende manieren onderzoek gedaan naar de implementatie van richtlijnen. Ervaringen van deze beroepsgroepen kunnen van lering zijn voor de paramedische beroepsgroepen.

Uit een literatuurstudie van Bennema e.a. (2000) kwam naar voren dat er weinig onderzoek is gedaan naar de toepassing van richtlijnen door medisch specialisten. Wel is in 1993 een onderzoek uitgevoerd naar de samenhang tussen doelen van een richtlijn, de gehanteerde methode en de effecten. Daarbij bleek dat de richtlijnen voor medisch handelen een goede bekendheid hebben en goed bekend staan, maar dat artsen ze in beperkte mate gebruiken. Een reden hiervoor is een gebrekkige afstemming op eisen, (on)mogelijkheden, voorkeuren en wensen van de doelgroep (Kaasenbrood e.a., 1994)

Uit verschillende onderzoeken onder huisartsen is gebleken dat richtlijnen na publicatie niet vanzelfsprekend bekend zijn bij de doelgroep. Uit een onderzoek van Grol e.a. (1992) bleek

dat een jaar na het verschijnen ongeveer de helft van de huisartsen goed bekend is met de richtlijn. Naar de naleving van standaarden door huisartsen is veel onderzoek verricht. Bennema e a. (2000) concluderen daaruit dat sommige standaarden of delen ervan in grote mate worden toegepast terwijl dat bij andere nog weinig het geval is. Ook is gebleken dat huisartsen onderling sterk verschillen in de behoefte en acceptatie en de bereidheid tot het gebruik van standaarden. Er was een toenemende tendens waar te nemen van het gebruik van standaarden.

In beperkte mate is onderzocht in hoeverre landelijke richtlijnen voor verpleegkundigen worden nageleefd. Uit een onderzoek naar het gebruik van de eerste landelijke verpleegkundige richtlijn, drie jaar na de ontwikkeling, blijkt dat deze richtlijn bij minder dan 20% van alle leidinggevende en uitvoerende verpleegkundigen bekend is en dat toepassing slechts in 5% van de gevallen plaatsvindt. Uit dit onderzoek kwamen verschillende implementatieproblemen naar voren. Zo werd onder andere genoemd dat verpleegkundigen de richtlijn niet lezen omdat deze te lang is of omdat er kopieën van de richtlijn worden gemaakt die niet aantrekkelijk zijn om te lezen. Ook bleek uit dit onderzoek dat scholing onmisbaar is voor het gebruik van de richtlijn. (Ettema, 1993).

De kenmerken van de gebruikers en hun context hebben invloed op de te kiezen implementatiestrategie. Daarbij is het van belang om te weten op welke manier gedragsverandering plaats vindt en welke factoren daarbij een rol spelen. Rogers (1995) heeft een model ontwikkeld voor de invoering van vernieuwingen. Hierbij worden vijf fasen onderscheiden in het besluitvormingsproces: bekendheid, verleiding, besluit, implementatie en bevestiging. Ook Grol e a. (1994) hebben een stappenplan ontwikkeld. Hierbij gaat het specifiek over de invoering van richtlijnen. Hierbij worden vier stappen onderscheiden: oriëntatie, inzicht, acceptatie en verandering. Dit zijn de stappen die ten grondslag liggen aan gedragsverandering. Hieronder zijn de theorieën van Rogers (1995) en Grol e.a. (1994) geïntegreerd tot één model. De vijf fasen worden achtereenvolgens beschreven.

#### *Bekendheid*

In de eerste fase leert men het product kennen. Dit kan zowel op passieve als op actieve wijze. In het eerste geval krijgt de consument op min of meer toevallige wijze informatie over het product. Daarnaast kan de consument echter ook zelf actief op zoek gaan naar informatie over het product. In deze fase wordt onderscheid gemaakt tussen het op de hoogte zijn en interesse hebben.

#### *Inzicht*

In de fase na de kennismaking zal men zich een mening vormen over het betreffende product. Hierbij worden kosten en baten tegen elkaar afgewogen. Om een mening over een richtlijn te kunnen vormen moeten paramedici inzicht hebben in de richtlijn. In deze fase worden twee aspecten onderscheiden: begrip vergroten en inzicht in eigen routines. Om inzicht in een nieuwe richtlijn te verkrijgen, moet men de richtlijn in voldoende mate begrijpen. Daarnaast moet men inzicht hebben in hoeverre de richtlijn de kwaliteit van het eigen handelen bevordert.

#### *Besluit*

In de besluitfase wordt het product daadwerkelijk al dan niet aangeschaft. Bij de keuze worden voor- en nadelen gewogen in het licht van beschikbare hulpbronnen. Hierbij spelen twee factoren een rol, te weten: een positieve houding ten aanzien van de vernieuwing en intentie tot verandering.

#### *Implementatie*

In deze fase gaat men het product gebruiken. Gebruik is afhankelijk van de bij de bezitter aanwezige kennis en vaardigheden, de relaties met andere gebruikers van het product en de

mate van complexiteit van het product. Hoewel Grol e.a. dit als een onderdeel beschouwen van de laatste stap (verandering) in het stappenplan, onderscheidt Rogers nog een extra fase in het besluitvormingsproces.

#### *Bevestiging*

In deze fase zoekt de consument naar bevestiging van de gemaakte keuze. Als er bevestiging gevonden wordt, zal dit de tevredenheid met het product vergroten. Ontevredenheid kan leiden tot het niet meer gebruiken van het product.

### 1.5.2 Opzet van de evaluatie

In dit rapport is nagegaan welke strategieën de paramedische beroepsgroepen hebben ondernomen om bestaande richtlijnen te implementeren, welk deel van de beroepsgroep bekend is met de richtlijn, in hoeverre de richtlijn wordt gebruikt en wat de mening is over het gebruik van richtlijnen. De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan de besluitvorming over de implementatie van richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld.

#### *Richtlijnen*

Met behulp van schriftelijke vragenlijsten is onderzocht in hoeverre de betreffende richtlijn bekend is en hoe ermee gewerkt wordt. Hierbij gaat het om de richtlijn 'acuut enkelletsel' voor fysiotherapeuten, de standaard 'WVG-advisering' voor ergotherapeuten, het POR-model (POR: Probleem geOrienteerd Registreren) voor dietisten en de standaarden voor het logopedisch proces voor logopedisten. Voor de dietisten, ergotherapeuten en logopedisten waren dit de enige richtlijnen die voorafgaand aan het BKPZ-programma voorhanden waren. Voor de fysiotherapeuten waren al meerdere richtlijnen geïmplementeerd. Voor de richtlijn 'acuut enkelletsel' is gekozen omdat dit een van de eerste richtlijnen voor fysiotherapeuten was.

#### *Steekproeven*

Zowel voor de fysiotherapeuten als voor de ergotherapeuten is een steekproef van 400 beroepsbeoefenaren getrokken. Deze steekproeven zijn getrokken uit bestanden van het Nivel. Bij het Nivel is een bestand aanwezig waarin alle extramuraal werkzame fysiotherapeuten vertegenwoordigd zijn. Op deze manier zijn zowel fysiotherapeuten die lid zijn van het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie) als fysiotherapeuten die geen lid zijn van het KNGF bij dit onderzoek betrokken. Ook heeft het Nivel een bestand dat adresgegevens van alle werkzame ergotherapeuten bevat. Hierbij kan tevens onderscheid gemaakt worden tussen ergotherapeuten die lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Ergotherapie (NVE) en ergotherapeuten die hier geen lid van zijn. In dit onderzoek is een steekproef getrokken van 200 NVE-leden en 200 niet-leden van de NVE. Het Nivel beschikt niet over bestanden van werkzame logopedisten en dietisten. Daarom is er voor steekproeven van deze beroepsgroepen een beroep gedaan op de beroepsverenigingen. Omdat er hierbij geen onderscheid gemaakt kan worden tussen wel of geen lidmaatschap van de beroepsvereniging zijn voor deze beroepsgroepen steekproeven van 200 beroepsbeoefenaren getrokken.

#### *Vragenlijsten*

Voor elk van de vier beroepsgroepen is een vragenlijst ontwikkeld, toegesneden op de bekendheid met en het gebruik van de richtlijn voor die beroepsgroep. De basis van deze vragenlijsten bestaat uit het implementatiemodel van Rogers en Grol. In de vragenlijsten zijn allereerst enkele achtergrondvariabelen van de beroepsbeoefenaar gevraagd. Hierbij gaat het onder andere om leeftijd, geslacht, praktijksituatie en lidmaatschap van de beroepsvereniging. Vervolgens is gevraagd of men op de hoogte is van de richtlijn en zo ja, hoe men op de hoogte is geraakt. Tevens is gevraagd naar de mening omtrent de inhoud van de richtlijn en of men de richtlijn toepast. Ook is gevraagd wat de ervaren voor- en nadelen voor het gebruik van de richtlijn zijn. Aan het einde van de vragenlijst zijn enkele vragen gesteld over de mening over het gebruik van richtlijnen in het algemeen. Bijlage 5 bevat de vragenlijst voor fysiothera-

peuten. De overige vragenlijsten zijn op een zelfde manier opgebouwd en zijn op te vragen bij het Nivel.

Om te onderzoeken of de groep respondenten afwijkt van de non-responders is een kort telefonisch interview afgenomen bij fysiotherapeuten en ergotherapeuten die niet hadden gereageerd op de vragenlijst. De vragenlijst voor het telefonische interview met fysiotherapeuten die niet hadden gereageerd is weergegeven in bijlage 6. Omdat het Nivel niet over de telefoonnummers van dietisten en logopedisten beschikt, kon er bij deze beroepsgroepen geen non-responsonderzoek worden uitgevoerd.

### 1.5.3 Analyses

De gegevens die met behulp van bovenstaande vragenlijsten zijn verkregen zijn geanalyseerd met SPSS. Daarbij zijn per beroepsgroep frequenties berekend van de gegeven antwoorden. Tevens zijn verschillen berekend tussen leden en niet-leden van een beroepsvereniging met behulp van Pearson's Chi-kwadraat.

Met dit deel van de evaluatie zal antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen 4 tot en met 6:

4. In hoeverre zijn paramedici bekend met een voor hun beroepsgroep ontwikkelde richtlijn?
  5. In hoeverre gebruiken de paramedici deze richtlijn?
  6. Wat is de mening van paramedici over het gebruik van richtlijnen?
- De resultaten van dit deelonderzoek zijn weergegeven in hoofdstuk 4.

## 1.6 Conclusies

Naar aanleiding van de resultaten zullen in hoofdstuk 5 de conclusies worden getrokken. Met behulp van de gegevens uit het implementatie-onderzoek zullen aanbevelingen worden gedaan voor de implementatie van de richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld. Hiermee zal een antwoord worden gegeven op vraag 7: Welke stappen moeten nog ondernomen worden voor implementatie in de praktijk?

De conclusies en aanbevelingen zijn weergegeven in hoofdstuk 5.



## 2 Procesevaluatie

Binnen het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen' zijn uiteenlopende activiteiten uitgevoerd zoals de ontwikkeling van richtlijnen en meetinstrumenten en het opzetten van databanken. In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van alle activiteiten die in dit kader zijn uitgevoerd in het BKPZ-programma. Vervolgens wordt ingegaan op het proces van de ontwikkeling van de instrumenten aan de hand van de ervaringen van werkgroepleden. De uitvoering van de projecten wordt toegelicht met behulp van interviews met projectleiders. Daarmee wordt antwoord gegeven op de volgende vraagstellingen:

- Zijn de projecten volgens plan uitgevoerd?
- Zijn de streefdoelen gehaald?

### 2.1 Activiteiten in het BKPZ-programma

In het BKPZ-programma zijn voor negen paramedische beroepsgroepen projecten uitgevoerd binnen het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen'. Zes beroepsgroepen hebben gekozen voor de ontwikkeling van inhoudelijke richtlijnen, dat wil zeggen dat de aard van de diagnostiek en/of behandeling in de richtlijn wordt gespecificeerd. Hiertoe zijn voor de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck door het Nederlands Paramedisch instituut (NPI) richtlijnen ontwikkeld. Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO heeft inhoudelijke richtlijnen voor orthopedisten ontwikkeld.

Drie beroepsgroepen hebben voor een andere aanpak gekozen. Voor de logopedisten zijn door de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) standaarden voor het logopedisch proces ontwikkeld. Dit zijn standaarden waarin het proces van de behandeling is vastgelegd. Voor de dietisten is door het CBO een raamwerk voor protocollen ontwikkeld en door het NPI een databank van reeds bestaande lokale protocollen. Het NPI heeft voor de podotherapie onderwerpen geïnventariseerd die zich lenen voor richtlijnontwikkeling in de podotherapie en de indicatiestellingen in de podotherapie.

In deze paragraaf wordt nagegaan of de streefdoelen van het project zijn behaald. De streefdoelen zijn bij aanvang van het BKPZ-programma vastgesteld en vastgelegd in de eerste Nivel-rapportage (Sluijs e.a., 1998). Deze streefdoelen zijn vergeleken met de producten die uiteindelijk gerealiseerd zijn zoals vermeld in het rapport 'Eindevaluatie BKPZ-programma' (Hofhuis e.a., 2001). Vanwege de uiteenlopende aard van de projecten zullen de streefdoelen per beroepsgroep worden besproken.

#### 2.1.1 Dietisten

De dietisten hebben bij aanvang van het project drie streefdoelen gesteld, te weten

- Geëvalueerd en bijgesteld raamwerk protocollen dietetiek.
- Databank van lokale protocollen, inclusief een screening van de literatuur. Het betreft protocollen aangaande zowel de inhoud als de organisatie van zorg, zowel in de eerste als in de tweede lijn.
- Onderzoek naar de (behoefte aan ondersteuning bij de) implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm.

In het OKPZ-programma hebben de dietisten een raamwerk voor protocollen ontwikkeld. Het raamwerk beschrijft in grote lijnen waaraan een goed protocol dient te voldoen. Het raamwerk is in het BKPZ-programma geëvalueerd en bijgesteld door het CBO. In het BKPZ-programma is bovendien een databank van inhoudelijke (lokale) en organisatorische protocollen opgezet. Dit project is begeleid door het NPI. Tevens is door het NPI een onderzoek uitgevoerd naar de behoefte aan ondersteuning bij de implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm.

De drie streefdoelen van de dietisten zijn gerealiseerd.

### 2.1.2 Ergotherapeuten

De ergotherapeuten hebben de volgende drie streefdoelen opgesteld

- Uitbreiding van de databank van ergotherapeutische standaarden.
- Nieuwe standaarden: aantal 4 (ontwikkeld volgens een aangepaste methode).
- Implementatieplan voor de standaarden

De uitbreiding van de databank van ergotherapeutische standaarden is gerealiseerd. De ontwikkeling van de nieuwe standaarden is gedeeltelijk gerealiseerd. Van de vier standaarden die ontwikkeld zouden worden, is in het begin al een afgefallen wegens financieringsproblemen. De ergotherapeuten hebben dus drie standaarden ontwikkeld, begeleid door het NPI, namelijk:

- Standaard Ergotherapeutische behandeling van cliënten met Amyotrofe Lateraal Sclerose.
- Standaard advisering Zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopathie.
- Standaard ergotherapeutische diagnostiek bij cliënten na een beroerte

Mogelijk valt er nog een standaard af: de NVE is niet geheel tevreden over het eindresultaat van de standaard ergotherapeutische diagnostiek bij cliënten na een beroerte. Het implementatieplan voor de standaarden is nooit aan de orde geweest en zal binnen het BKPZ-programma ook niet meer ontwikkeld worden; er is geen geld meer voor.

Van de drie streefdoelen is alleen het eerste streefdoel gerealiseerd. Het tweede streefdoel is gedeeltelijk gerealiseerd.

### 2.1.3 Fysiotherapeuten

De fysiotherapeuten hebben de volgende streefdoelen gesteld.

- Registratie ten behoeve van de omzetting van drie bestaande richtlijnen naar richtlijnen nieuwe stijl (acuut enkelletsel, stressurine-incontinentie; COPD).
- Omzetting van deze drie richtlijnen naar richtlijnen 'nieuwe stijl'.
- Nieuwe richtlijnen totaal 6 in een verkort traject (aspecifieke lage rugpijn, acute knieklachten, chronisch enkelletsel; fysiotherapie bij hartrevalidatie; whiplash; artrose van heup en knie)

Deze projecten voor de fysiotherapeuten waren ten tijde van de evalueeratie nog niet afgerond. De eerste twee streefdoelen, 'registratie tbv de omzetting van drie bestaande richtlijnen naar richtlijnen nieuwe stijl' en 'omzetting naar richtlijnen nieuwe stijl', worden nog gerealiseerd binnen het project. Een richtlijn nieuwe stijl betekent dat in de richtlijn ook een raming wordt gemaakt van het aantal benodigde sessies gerelateerd aan patiëntenkenmerken. Het derde streefdoel, '6 nieuwe richtlijnen', is voor het grootste deel gerealiseerd. Vijf richtlijnen zijn afgerond (artrose, osteoporose, whiplash, hartrevalidatie en lage-rugklachten), aan de richtlijn chronisch enkelletsel wordt nog gewerkt. De richtlijn osteoporose is in de plaats gekomen voor de richtlijn acute knieklachten i.v.m. de deelname van het KNGF aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire consensusrichtlijn osteoporose van het CBO. De

richtlijnen hartrevalidatie, artrose, lage-ruggpijn en whiplash zullen nog omgezet worden in richtlijnen nieuwe stijl. De ontwikkeling van alle negen richtlijnen wordt begeleid door het NPI.

De drie streefdoelen van de fysiotherapeuten zijn nog niet gerealiseerd, maar zullen nog wel gerealiseerd worden.

#### 2.1.4 Logopedisten

De streefdoelen van de logopedisten zijn:

- Standaarden voor het logopedisch handelen ten behoeve van het primair onderwijs (basisonderwijs en speciaal onderwijs).
- Een kwaliteitsmeetinstrument voor het toetsen van het handelen van logopedisten aan deze standaarden

De logopedisten hebben in het OKPZ-programma gewerkt aan de ontwikkeling van standaarden die betrekking hebben op een aantal werkvelden. In het BKPZ-programma zijn standaarden voor het logopedisch handelen ten behoeve van het onderwijs (basisonderwijs en speciaal onderwijs) ontwikkeld, samen met de HAN. Het streefdoel om tot de ontwikkeling van een geautomatiseerd meetinstrument te komen is niet gehaald. Dit streefdoel is op basis van voortschrijdend inzicht ingetrokken, het bleek niet zinvol. In plaats daarvan zijn een meetinstrument en een handleiding voor alle standaarden ontwikkeld.

#### 2.1.5 Mondhygienisten

De mondhygienisten hebben de volgende streefdoelen opgesteld

- Databank van richtlijnen en andere producten.
- Nieuwe richtlijn: aantal 1 (over de diagnostiek van de aanwezigheid van lichte tot matige tandsteenvorming).

Binnen het BKPZ-programma is er een databank van (lokale) richtlijnen en andere producten ingericht. Ook is de richtlijn 'diagnostiek lichte tot matige tandsteen' ontwikkeld, begeleid door het NPI.

Beide streefdoelen van de mondhygienisten zijn gerealiseerd.

#### 2.1.6 Oefentherapeuten Cesar

Het streefdoel van de oefentherapeuten Cesar luidt:

- Nieuwe richtlijnen: aantal minimaal 5 en maximaal 8

Over dit streefdoel kon voorafgaande aan het BKPZ-programma geen overeenstemming bereikt worden tussen de VBC (Vereniging Bewegingsleer Cesar) en het NPI. Er bestond een verschil van inzicht over het werkplan dat gevolgd moest worden bij het ontwikkelen van de richtlijnen. Afsproken werd dat het NPI rapporten voor de VBC zou ontwikkelen ten behoeve van de VBC-richtlijnen. Het NPI heeft concept-richtlijnen ontwikkeld in samenwerking met de klankbordgroepen van oefentherapeuten Cesar. De VBC heeft besloten deze concept-richtlijnen zelf te bewerken tot de vorm en inhoud waarin zij de richtlijnen wil uitgeven. Het resultaat van het NPI voor dit project is een rapport per onderwerp, waarin vervat de Verantwoording en Toelichting op basis van de literatuur voor zover beschikbaar en de concept-richtlijn over het onderwerp op basis van de literatuur aangevuld met consensus. Het resultaat van dit project zal uiteindelijk bestaan uit 8 rapporten, het streefdoel kan daarom niet als gerealiseerd worden beschouwd. De ontwikkelde rapporten zijn.

- Rapport 'Richtlijn Peripartum Bekkenpijn voor oefentherapeuten Cesar'.
- Rapport 'Richtlijn Idiopatische scoliose vanaf 9 jaar tot het einde van de groei voor oefentherapeuten Cesar'.
- Rapport 'Richtlijn Spondylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew) voor oefentherapeuten Cesar'.
- Rapport 'Richtlijn oefentherapie Cesar bij patiënten met osteoporose'.
- Rapport 'oefentherapie Cesar bij patiënten met COPD'.
- Rapport 'oefentherapie Cesar bij patiënten met urine-incontinentie'.
- Rapport 'oefentherapie Cesar bij patiënten met artrose van heup en/of knie'.
- Rapport 'oefentherapie Cesar bij patiënten met whiplash gerelateerde symptomen'.

### 2.1.7 Oefentherapeuten-Mensendieck

De oefentherapeuten-Mensendieck hebben de volgende doelen nagestreefd:

- Onderzoek naar de behoefte aan richtlijnen.
- Minimaal 3 richtlijnen of standaard behandelplannen óf gegevensverzameling en literatuurstudie

Het project voor oefentherapeuten-Mensendieck was, evenals voor fysiotherapeuten, ten tijde van de eindevaluatie nog niet afgerond. Het onderzoek naar de behoefte aan richtlijnen is wel *gerealiseerd*. In het BKPZ-programma hebben de oefentherapeuten-Mensendieck met het NPJ gewerkt aan de volgende vier richtlijnen die in concept gereed zijn:

- Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met osteoporose.
- Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met RSI.
- Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met specifieke nek- en schouderklachten.
- Informatieverstrekking aan de huisarts door oefentherapie-Mensendieck.

Het eerste streefdoel, het onderzoek naar de behoefte aan richtlijnen, is gerealiseerd. Het tweede streefdoel is nog niet gerealiseerd, maar zal binnen het BKPZ-programma wel gerealiseerd worden.

### 2.1.8 Orthoptisten

De streefdoelen van de orthoptisten zijn:

- Standaard zorgplan amblyopiebehandeling.
- Stuur- en meetinstrumenten voor evaluatie van de amblyopiebehandeling.
- Een instrument om te komen tot onderlinge praktijkvergelijkingen
- Een protocol voor preoperatief onderzoek strabismuschirurgie
- Toetsresultaten van dit protocol uit 8 orthoptiepraktijken.
- Indien mogelijk een geautomatiseerd systeem voor gegevensverzameling op praktijkniveau. Onderzocht wordt of, en zo ja hoe, afstemming met de computersystemen van oogartsen bereikt kan worden.

De eerste vijf streefdoelen zijn gerealiseerd, onder begeleiding van het CBO. Het laatste streefdoel, 'een geautomatiseerd systeem voor gegevensverzameling op praktijkniveau', is niet haalbaar gebleken. In het IKPZ-programma zal een geautomatiseerde databank ontwikkeld worden.

### 2.1.9 Podotherapeuten

De podotherapeuten hebben de volgende streefdoelen opgesteld:

- Inventarisatie van onderwerpen die zich lenen voor richtlijnontwikkeling in de podotherapie
- Richtlijn voor de indicatiestelling in de podotherapie, met als eindproduct een boekje/brochure Artsenwijzer
- Onderzoek (met de werkgroep) om na te gaan of een patiëntenwijzer gewenst en haalbaar is

De podotherapeuten hebben, begeleid door het NPI, een inventarisatie uitgevoerd naar onderwerpen die zich lenen voor richtlijnontwikkeling. Uit deze inventarisatie is gebleken dat er behoefte is aan een richtlijn voor de diagnostiek voor Mortonse neuralgie. Verder zijn de indicatiestellingen voor podotherapie geïnventariseerd. De artsenwijzer is echter niet binnen het BKPZ-programma ontwikkeld wegens capaciteitsproblemen. Dit streefdoel wordt opnieuw opgenomen in het IKPZ-programma. Ook het streefdoel om door middel van onderzoek na te gaan of een patientenwijzer gewenst en haalbaar is, is niet gerealiseerd.

Van de drie streefdoelen is alleen het eerste streefdoel gerealiseerd.

Van de 25 streefdoelen binnen het thema richtlijnen zijn, op het moment van de evaluatie, 14 streefdoelen gerealiseerd. Binnen het BKPZ-programma zullen nog 4 streefdoelen gerealiseerd worden, waardoor in totaal 18 streefdoelen volledig gerealiseerd zullen worden. Een streefdoel is gedeeltelijk gerealiseerd en zes streefdoelen worden niet gerealiseerd.

## 2.2 Uitvoering van de projecten

Om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van richtlijnen zijn interviews afgenomen bij werkgroepleden en bij projectleiders. Tijdens de interviews met werkgroepleden is ingegaan op het verloop van het project. In de interviews met de projectleiders is de uitvoering van de projecten aan de orde geweest, er is nagegaan of dit verlopen is volgens het plan van aanpak dat in het eerste BKPZ-rapport van het Nivel is vastgesteld (Sluijs e.a., 1998).

In deze paragraaf zal allereerst een overzicht gegeven worden van de bevindingen van de werkgroepleden en vervolgens zal, aan de hand van de interviews met de projectleiders, ingegaan worden op de ontwikkeling van de richtlijnen en andere producten. Ten slotte wordt aandacht besteed aan het draagvlak en de implementatie van de ontwikkelde instrumenten.

### 2.2.1 Verloop van de projecten

Er is voor iedere richtlijn en ander te ontwikkelen instrument een aparte werkgroep samengesteld. De telefonische interviews zijn afgenomen bij één lid van iedere werkgroep. In totaal zijn 26 telefonische interviews afgenomen. Omdat er voor de podotherapeuten geen werkgroep was, heeft er geen telefonisch interview met podotherapeuten plaatsgevonden. Tijdens de interviews is ingegaan op de tijdsplanning van het project, de werkwijze en de doelen, het beschikbare materiaal, mee- en tegenvallers in de uitvoering van het project, het functioneren van de projectleider en de werkgroepleden en de resultaten van het project.

#### *Tijdsplanning*

De exacte tijdsplanning voor de werving van paramedici voor de werkgroepen en voor de start van de werkgroepen is bij het merendeel van de werkgroepleden niet bekend. Tien werkgroepleden geven aan dat de werving wel volgens tijdsplanning is verlopen en ook tien dat de werkgroep is gestart volgens tijdsplanning.

De helft van de werkgroepen heeft zich niet kunnen houden aan de tijdsplanning zoals die vooraf was vastgesteld. De uitloop van de projecten varieert van een paar maanden tot twee jaar. Er worden verschillende redenen aangegeven voor deze uitloop:

*Fysiotherapeuten (fysiotherapie bij hartrevalidatie): "Hoewel er eigenlijk een half jaar was gepland voor het ontwikkelen van de richtlijn, heeft het uiteindelijk twee en een half jaar geduurd. Dit heeft mede te maken met het feit dat de projectleider bij het ontwikkelen van meerdere richtlijnen betrokken was, waardoor ze af en toe wat meer tijd nodig had voor andere richtlijnen."*

*Orthoptisten (protocol preoperatief orthoptisch onderzoek strabismuschirurgie): "Het ontwikkelen van het protocol heeft uiteindelijk 1 jaar langer geduurd dan gepland. Een reden voor deze verlenging is dat de mensen in de werkgroep nooit eerder betrokken waren geweest bij een project en moesten leren overstijgend te denken. Tevens is tijdens het project een enquête gehouden onder oogartsen en patienten waarop veel respons kwam; het kostte veel tijd de resultaten te verwerken "*

Andere redenen die genoemd worden zijn onder andere de vertraging van een voorgaand project waardoor dit project later moest starten, het duurt lang voordat de richtlijn in de ALV wordt besproken, personele wisselingen bij het NPi op dit project en de implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm is uitgebreider geïnventariseerd dan aanvankelijk de bedoeling was

Op het moment van het interview waren veertien definitieve richtlijnen afgerond; twaalf richtlijnen waren in concept klaar.

#### *Werkwijze en doelen*

Over het algemeen was er onder de werkgroepleden bij aanvang van de projecten consensus over de te volgen werkwijze en de te bereiken doelen. Enkele werkgroepleden gaven aan dat niet zij, maar het NPi zich had beziggehouden met het vaststellen van de werkwijze en de te bereiken doelen en dat zij, soms na een korte discussie, daarmee eens waren. Vier werkgroepleden zeiden dat er aanvankelijk geen consensus was over de te volgen werkwijze; uiteindelijk hebben zij wel consensus bereikt.

*Mondhygienisten (diagnostiek lichte tot matige tandsteen): "De werkgroep bestond uit mensen uit verschillende hoeken met verschillende meningen over de te volgen werkwijze. Na enige discussie hebben de werkgroepleden uiteindelijk consensus bereikt."*

*Dietisten (protocollen dietisten): "De werkgroep had aanvankelijk geen consensus met het NPi over de werkwijze en doelen. De werkgroep was van mening dat het project waarin een databank voor protocollen ontwikkeld zou worden te ruim begroot was. Binnen dit budget zou ook de implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm breder geïnventariseerd kunnen worden. Hierdoor is veel discussie geweest met de eerste projectleider van het NPi. Ook is er met deze eerste projectleider veel discussie geweest over de werkwijze. De projectleider wilde de projecten volgens een bepaald stramien uitvoeren. De werkgroep was het hier echter niet mee eens. Na ongeveer een half jaar zijn er twee nieuwe projectleiders bij het project gekomen, waarmee wel consensus is bereikt "*

Bij een enkele werkgroep was het te bereiken doel niet helder.

*Ergotherapeuten (advisering zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopathie) . "Bij aanvang van het project was niet precies duidelijk wat het doel van het project was. Men was het op zich wel eens over de te volgen werkwijze, maar als niet bekend is wat het doel is, werkt dit erg lastig. Het heeft lang geduurd voordat duidelijk werd voor welke doelgroep de standaard geschreven moest worden."*

#### *Materiaal*

Het overgrote deel van de werkgroepleden, namelijk 22, vond dat er elke keer goed materiaal beschikbaar was ter voorbereiding van de werkgroepbijeenkomsten.

Over het onderwerp preoperatief orthoptisch onderzoek van de orthoptisten is heel weinig literatuur beschikbaar. De meeste informatie is verkregen uit ervaringen, uit regionale protocollen en uit de enquête die gehouden is onder oogartsen en patienten over wat zij willen weten met betrekking tot strabismuschirurgie. Ook voor de logopedische werkgroep was er geen uitgebreid materiaal beschikbaar. Er had meer informatie gegeven kunnen worden over de achtergronden, de wetenschappelijke onderbouwing en een duidelijke werkwijze. Twee

andere werkgroepleden gaven aan dat het materiaal niet werd aangereikt, maar dat ze het materiaal zelf moesten verzamelen.

#### *Mee- en tegenvallers*

In de uitvoering van het project kunnen een of meerdere stappen meevallen of juist tegenvallen. Een aantal werkgroepleden geeft aan dat er geen echte mee- of tegenvallers zijn geweest in de uitvoering van het project. Tien werkgroepleden noemen een tegenvaller in de tijd; de projecten duurden langer dan werd verwacht. Enkele andere tegenvallers die naar voren kwamen zijn: de uitvoering bleek niet zo eenvoudig te zijn als verwacht, het doel van het project was niet duidelijk en het bleek lastig een wetenschappelijke onderbouwing te vinden. Meevallers in de uitvoering van het project die een aantal keren, respectievelijk vier en drie keer, werden genoemd zijn de samenstelling/inzet/enthousiasme van de groep en het eindresultaat van het project. Andere meevallers die genoemd worden zijn: de deelnemers hadden uitgebreid consensus over de te volgen werkwijze en de te bereiken doelen, de fysiotherapie had voor de oefentherapeuten Cesar het meeste werk al gedaan, de bijeenkomsten zelf waren zeer opbouwend en de hoge respons op een onderzoek wat gedurende het project is uitgevoerd. Vier werkgroepleden vonden dat het project verliep volgens plan en dat er dus geen duidelijke meevallers te noemen waren.

#### *Functioneren projectleider en paramedici in de werkgroep*

De projectleider van de werkgroep standaarden logopedie in het onderwijs heeft zich niet echt bezig gehouden met het aansturen van de groep, maar nam andere taken op zich zoals budgetbeheer en contactpersoon van de begeleidingscommissie. De samenwerking met de eerste projectleider van het project 'protocollen dietisten' verliep moeizaam, omdat naar de mening van de werkgroepleden onvoldoende rekening werd gehouden met hun wensen. De twee projectleiders die later bij de projecten betrokken werden, waren wel goed toegerust voor hun taak. Alle overige geïnterviewde werkgroepleden vonden de projectleider goed toegerust voor zijn of haar taak.

24 Werkgroepleden vonden de paramedici in de werkgroep goed toegerust voor hun taak en vonden dat de samenwerking onder de werkgroepleden goed is verlopen. Bij twee werkgroepen heeft de diverse samenstelling van de werkgroepleden aanvankelijk voor een wat moeizame samenwerking gezorgd. In de werkgroepen zaten mensen uit verschillende hoeken; een aantal had een meer theoretische achtergrond en dit botste soms met de mensen met een meer praktische achtergrond. De samenwerking in die werkgroepen ging na verloop van tijd wel goed.

#### *De resultaten*

De werkgroepleden zijn over het algemeen tevreden met de producten die ontwikkeld zijn. De oefentherapeuten Cesar ontwikkelen met het NPI conceptrichtlijnen. Twee werkgroepleden van de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar zijn wel tevreden met het NPI rapport, maar minder tevreden over de aanpassingen van de VBC.

### 2.2.2 Ontwikkeling van de producten

Binnen het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen' heeft het NPI producten ontwikkeld voor zeven beroepsgroepen, de HAN voor één beroep en het CBO voor twee beroepsgroepen<sup>1</sup>.

#### *Uitvoering volgens plan*

Het bij aanvang van het BKPZ-programma opgestelde plan van aanpak is weergegeven in het eerste BKPZ-rapport (Sluijs e.a., 1998), waarin verslag wordt gedaan van de voormeting van

<sup>1</sup> Voor de dietisten zijn twee projecten uitgevoerd. Een project is uitgevoerd door het NPI (databank protocollen), het andere project is uitgevoerd door het CBO (raamwerk protocollen)

het BKPZ-programma. Dit plan van aanpak is opgenomen in bijlage 7 van dit rapport. Voor het project 'raamwerk protocollen dietetiek' is het plan van aanpak opgesteld na aanvang van het BKPZ-programma. Het plan van aanpak voor de andere projecten is op verschillende manieren uitgewerkt en toegepast, afhankelijk van de wensen van de beroepsgroep en bijvoorbeeld de mate waarin wetenschappelijk onderzoek over een aandoening beschikbaar is. Hierover zijn met elke beroepsvereniging afspraken gemaakt.

Het plan van aanpak is bij het merendeel van de beroepsgroepen grotendeels gevolgd. De belangrijkste wijzigingen in het plan van aanpak van enkele beroepsgroepen worden hieronder kort aangegeven:

Het NPI heeft voor de dietisten een enquête ontwikkeld waarmee reeds ontwikkelde en in ontwikkeling zijnde protocollen zijn geïnventariseerd. Deze enquête is toegestuurd naar alle leden van de NVD. Naast deze enquête heeft het NPI via screening van actuele literatuur protocollen getraceerd, er de gegevens over opgevraagd en alle gegevens ingevoerd in de databank dietetiek. Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was de protocollen te analyseren is, op uitdrukkelijk verzoek van de NVD, niet gevraagd de protocollen mee te sturen. Wel is gevraagd volgens welk raamwerk de protocollen zijn opgesteld. Dit bleek in de meeste gevallen het NVD-raamwerk te zijn, dat door het CBO is opgesteld. Tevens is gevraagd naar de namen van contactpersonen voor de protocollen en of belangstellenden mochten worden doorverwezen naar deze contactpersonen. Hiermee is er, in plaats van een databank waarin protocollen zijn opgenomen, een databank van gegevens over protocollen opgezet. Het was in eerste instantie de bedoeling dat bij de inventarisatie van protocollen voor dietisten een vragenlijst gemaakt zou worden waarin ook enkele vragen over de implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm opgenomen zouden worden. Al in een vrij vroeg stadium is met de NVD afgesproken om hiervoor toch twee aparte vragenlijsten te gebruiken.

Bij zowel de mondhygiënist als de ergotherapeuten heeft de patiëntenraadpleging aan het einde van het project plaatsgevonden. In afwijking op het plan van aanpak hebben de mondhygiënist en de ergotherapeuten vooraf geen registratie en analyse gedaan van het handelen in de praktijk. Na de 'ontwerpfase diagnostisch proces' heeft een check in het werkveld plaatsgevonden, maar niet bij circa 20 praktijken zoals in het plan van aanpak vermeld. Het bleek bij zowel de mondhygiënist als bij de ergotherapeuten lastig om zoveel praktijken te vinden die met het specifieke onderwerp van de richtlijn bezig zijn.

Bij het project 'ontwikkeling van een set van standaarden voor logopedisten' is door de HAN een kwaliteitsinstrument ontwikkeld. Hoewel in het plan van aanpak stond dat dit kwaliteitsinstrument ook geautomatiseerd zou worden, is in een later stadium besloten dit niet te doen. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) achtte dit niet zinvol.

In het plan van aanpak van het NPI stond dat de huidige werkwijze van zowel de oefentherapeuten Cesar als van de oefentherapeuten-Mensendieck in kaart gebracht zou worden; dit is niet gebeurd. In het uitgewerkte werkplan van het Project Richtlijnontwikkeling oefentherapie Cesar, dat het NPI in overleg met de VBC heeft geschreven, is het in kaart brengen van de huidige werkwijze niet opgenomen. Dit geldt ook voor het werkplan van het Project Richtlijnontwikkeling oefentherapie-Mensendieck. Ook de check in het werkveld is bij beide beroepsgroepen en bij de fysiotherapeuten niet volgens plan uitgevoerd. De check is niet twee maal gedaan, maar de twee zijn samengevoegd en hebben plaatsgevonden nadat zowel het diagnostisch proces als het therapeutisch proces waren ontworpen. Dit is in de uitgewerkte werkplannen ook zo omschreven.

Het standaardzorgplan amblyopiebehandeling voor orthoptisten is vooral een raamwerk voor de behandeling, waardoor het voorlopig een concept blijft. Er zijn meetinstrumenten ontwikkeld en uitgetest om gegevens over resultaat en proces te verzamelen in een



groeierende groep praktijken. In het IKPZ-programma wordt het standaardzorgplan verder ingevuld met aanbevelingen op basis van de praktijkregistraties

#### *Ervaringen van de projectleiders*

De projectleiders zijn over het algemeen van mening dat de samenwerking in de werkgroepen goed is verlopen. De leden waren vaak erg enthousiast. Wel bleek het niet altijd makkelijk om mensen te vinden met voldoende deskundigheid en ervaring, zowel praktisch als wetenschappelijk. Leden in de werkgroepen hadden vaak nog geen ervaring met projectmatig werken. Dit vergde vaak extra tijd en inspanning van de projectleider

*Projectleider orthoptisten: "Een kleine tegenvaller was dat de projectleider tijdens de eerste bijeenkomst van het project protocol POOS heel basaal moest beginnen. De leden van de projectgroep hadden geen enkele ervaring met projecten. Het was wel weer heel positief dat de mensen er open voor stonden."*

Hoewel het de bedoeling was dat er zou worden samengewerkt tussen de werkgroepen voor richtlijnen voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck, is dit niet gebeurd

*Projectleider fysiotherapeuten: "Vooral de oefentherapeuten Cesar en de oefentherapeuten-Mensendieck hebben geprofiteerd van de richtlijnen die door de werkgroepen fysiotherapie ontwikkeld waren. De richtlijnen voor fysiotherapie zijn aangepast voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Als er meer samenwerking of overleg was geweest tussen de betrokken beroepsorganisaties, hadden er wellicht meer gemeenschappelijke richtlijnen ontwikkeld kunnen worden "*

Er waren enkele misverstanden over afspraken tussen beroepsverenigingen en het NPi. Met de NVD waren in het begin misverstanden over de werkwijze waarop de databank protocollen opgezet zou worden. Het NPi had liever gezien dat alle afdelingen diëtetiek waren aangeschreven en niet alleen de leden van de NVD, het is nu niet duidelijk in hoeverre alle afdelingen zijn bereikt. Ook ging de voorkeur van het NPi er naar uit om in de enquête te vragen protocollen mee te sturen. Het was voor het NPi een financiële tegenvaller dat het project met betrekking tot de kwaliteitsborgingsnorm uitgebreider is uitgevoerd dan gepland; het NPi heeft de aanvullende kosten bijgelegd

Met de NVOM was een misverstand over het al dan niet opnemen van de behandelrange in de richtlijnen. Hiervoor zou een registratietraject nodig zijn, wat extra geld en tijd zou kosten. In overleg tussen het NPi en de NVOM was aanvankelijk vastgesteld daar niet toe over te gaan. Op basis van schattingen en consensus zou een behandelrange worden toegevoegd. Het bleek voor de NVOM achteraf niet duidelijk dat dit de consequentie was.

Tussen het NPi en de VBC was een misverstand over het werkplan

*Projectleider oefentherapeuten Cesar: " Volgens het oorspronkelijke werkplan zou het NPi richtlijnen ontwikkelen, volgens de VBC zou het NPi alleen enige literatuur toevoegen. Er is veel overleg nodig geweest voordat er overeenstemming was over het werkplan en de opbouw van de richtlijnen. In augustus 1999, twee jaar na de aanvang van de projecten (waaraan in de tussentijd wel verder is gewerkt), is er uiteindelijk overeenstemming bereikt. Het NPi is daarbij op een aantal punten tegemoet gekomen aan de wensen van de VBC. Het is de wens van de VBC om de concept-richtlijnen van het NPi te herschrijven. Het NPi is van mening dat de richtlijnen zoals ze voor de VBC ontwikkeld zijn volwaardige richtlijnen zijn die alleen autorisatie van de VBC behoeven."*

Wat betreft de financiën is een aantal projectleiders van mening dat de begroting van de ontwikkeling van richtlijnen te krap was. In de toekomst zouden projecten ruimer begroot kunnen worden.

*Projectleider fysiotherapeuten: "Wanneer een richtlijn afgerond is, zijn er nog steeds activiteiten om de richtlijnen onder de aandacht te brengen, om lezingen te geven en artikelen te schrijven. Ook moeten de richtlijnen te zijner tijd worden aangepast aan de nieuwste ontwikkelingen. Het is eigenlijk een continu proces. Hoe meer richtlijnen er komen, hoe meer tijd en geld dit kost. Hiervoor is echter geen begroting aanwezig. Eigenlijk zou er een basissubsidie moeten komen waaruit dit soort activiteiten worden bekostigd."*

### 2.2.3 Draagvlak en implementatie

Zowel in de interviews met de projectleiders als in de interviews met de werkgroepleden is aandacht besteed aan het draagvlak en de implementatie van de ontwikkelde producten.

Om een draagvlak te creëren voor de richtlijnen in de beroepsgroep zijn door de werkgroepen gedurende het project een aantal activiteiten uitgevoerd. De meest genoemde activiteit om een draagvlak te creëren is het aanbieden van de richtlijn aan de beroepsgroep; de richtlijnen werden in de praktijk getest en voorzien van commentaar teruggegeven aan de werkgroepen. Zo is er voor het SZP Amblyopiebehandeling een draagvlak gecreëerd doordat de werkgroepleden persoonlijk alle regio's hebben bezocht om met de deelnemers persoonlijk in gesprek te komen over het SZP. Voor het creëren van een draagvlak van de ergotherapeutische standaarden is een uitgebreide groep referenten benaderd, die alle conceptversies van de standaarden hebben beoordeeld aan de hand van een daarvoor ontwikkelde beoordelingslijst. De standaarden 'ALS' en 'zitvoorzieningen' zijn - in de laatste conceptversie - naar alle leden van de NVE gezonden. Een andere manier om een draagvlak te creëren is het bekendmaken van de richtlijn op congressen, bijeenkomsten en symposia. Ook zijn er artikelen geplaatst in tijdschriften. Zes werkgroepleden gaven aan nog geen activiteiten te hebben uitgevoerd om een draagvlak te creëren.

Meer dan de helft van de geïnterviewde werkgroepleden heeft nog geen ideeën ontwikkeld over de implementatie van de richtlijnen of de ideeën zijn niet bekend bij de werkgroepleden. De implementatie komt voornamelijk in het IKPZ-programma aan de orde. Een aantal werkgroepen heeft al wel ideeën ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn: bij nascholing zal de richtlijn gebruikt worden als een soort werkboek, de richtlijn zal opgenomen worden in het voorlichtingsmateriaal, de richtlijn moet ook bij de opleiding gebruikt worden en na het volgen van een cursus zal de richtlijn meegegeven worden om er mee te gaan werken.

Zowel voor de logopedische standaarden, als voor de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck is een implementatieplan geschreven. Het implementatieplan voor de oefentherapeuten Cesar is opgenomen in de rapporten van de concept-richtlijnen.

Voor de fysiotherapeutische richtlijnen worden, in opdracht van het KNGF, deskundigheidsbevorderingspakketten ontwikkeld, waarmee de fysiotherapeuten wegwijs worden gemaakt hoe ze de richtlijnen kunnen gebruiken. De pakketten bestaan uit een samenvatting, een begeleidend artikel, een handleiding en gebruiksinformatie voor de aanbevolen meetinstrumenten, een interne kennischeck, een overlegformulier voor de samenwerking tussen fysiotherapeuten en huisartsen en een formulier om de richtlijn in de IOF-groepen te bespreken. Ook worden in deze deskundigheidspakketten de gegevens uit de registratietrajecten toegevoegd, die als benchmark kunnen dienen.

## 2.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de vraagstelling 'zijn de projecten volgens plan verlopen' en de vraagstelling 'zijn de streefdoelen gehaald'. Op basis van de gegevens uit de interviews en de informatie uit de eindevaluatie kan geconcludeerd worden dat de projecten, ondanks een aantal vertragingen en enkele aanpassingen aan het plan van aanpak, volgens plan zijn verlopen; 18 van de 25 geplande streefdoelen zijn daarbij gerealiseerd en één streefdoel gedeeltelijk. De vertraging van enkele projecten kwam onder andere doordat projectleiders bij het ontwikkelen van meerdere richtlijnen betrokken waren en doordat mensen in de werkgroep nooit eerder betrokken waren geweest bij een vergelijkbaar project. De vertraging van het project werd door veel werkgroepleden gezien als een tegenvaller in de uitvoering van het project. De wijzigingen in het plan van aanpak hadden met name te maken met doelen die te ambitieus waren; bij enkele projecten is de check in het werkveld eenmalig uitgevoerd in plaats van twee maal en ook het testen van de producten in het werkveld bij circa 20 praktijken bleek niet haalbaar. Er zijn verschillende activiteiten uitgevoerd om een draagvlak te creëren. Ook zijn er verschillende ideeën ontwikkeld voor de implementatie.

26

## 3 Evaluatie van de resultaten

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de evaluatie van de resultaten centraal. Met behulp van een internationaal beoordelingsinstrument is onderzocht wat de kwaliteit is van de richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld. Twee onderzoekers van het Nivel hebben de in het BKPZ-programma ontwikkelde richtlijnen beoordeeld aan de hand van dit beoordelingsinstrument. Daarmee wordt een antwoord gegeven op de volgende vraagstelling:

- *Wat is de kwaliteit van de richtlijnen?*

#### *Beoordelingsinstrument*

Cluzeau e.a. (1999) hebben een beoordelingsinstrument ontwikkeld waarmee richtlijnen kunnen worden beoordeeld (bijlage 4). Dit instrument bestaat uit een vragenlijst van in totaal 37 vragen welke zijn onderverdeeld in drie dimensies. De eerste dimensie betreft de ontwikkelingsmethode; de tweede dimensie heeft betrekking op het kader en de inhoud, de derde dimensie betreft de toepassing van de richtlijn. De vragen kunnen beantwoord worden met 'ja', 'nee', 'weet niet', of (in enkele gevallen) 'niet van toepassing'. Bij dit instrument hoort ook een toelichting waarbij voor elke vraag vermeld staat waaraan de richtlijn minimaal moet voldoen om 'ja' te scoren. Dit instrument is betrouwbaar en valide gebleken (Cluzeau e.a., 1999). In de interviews met de projectleiders is een toelichting gevraagd op een aantal punten van het beoordelingsinstrument. Hierbij is met name ingegaan op die punten die niet voldoende uit de richtlijnen naar voren kwamen.

#### *Beoordeelde richtlijnen*

Omdat het beoordelingsinstrument ontwikkeld is voor klinische richtlijnen, zijn alleen richtlijnen beoordeeld die op de inhoud van de behandeling ingaan. Per beroepsgroep is ten minste een richtlijn beoordeeld. Afhankelijk van het tijdstip waarop de richtlijnen (in concept) gereed waren, zijn van een aantal beroepsgroepen meerdere richtlijnen beoordeeld. Op deze manier zijn in totaal 13 richtlijnen beoordeeld. Het merendeel van deze richtlijnen was, ten tijde van de beoordeling, nog niet definitief, maar in concept gereed. De beoordeling dient daarom niet als definitief te worden gezien. Elke richtlijn is door twee onderzoekers beoordeeld. Door middel van consensusbesprekingen is overeenstemming bereikt over de antwoorden. Bij een ruime meerderheid van de antwoorden was er voorafgaand aan de consensusbesprekingen al overeenstemming tussen de onderzoekers.

Onderstaand schema bevat een overzicht van de beoordeelde richtlijnen.

---

Ergotherapeuten	standaard advisering zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopathie
Fysiotherapeuten	standaard ergotherapeutische behandeling van cliënten met ALS KNGF-richtlijn 'artrose heup-knie' KNGF-richtlijn 'whiplash' KNGF-richtlijn 'fysiotherapie & osteoporose'
Mondhygienisten	richtlijn diagnostiek lichte tot matige tandsteen
Oefentherapeuten Cesar	richtlijn Peripartum bekkenpijn voor oefentherapeuten Cesar
oefentherapeuten Cesar	richtlijn Spondylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew) voor oefentherapeuten Cesar
Oefentherapeuten-Mensendieck	richtlijn Idiopatische scoliose vanaf 9 jaar tot het einde van de groei richtlijn Oefentherapie Cesar bij patiënten met osteoporose richtlijn Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met specifieke nek- en schouderklachten
Orthoptisten	Standaard Zorgplan Amblyopiebehandeling Protocol Preoperatief Orthoptisch Onderzoek Strabismuschirurgie

---

De toegekende scores van deze richtlijnen zijn weergegeven in bijlage 8.

### 3.2 Ontwikkeling van de richtlijn

De dimensie 'Ontwikkeling van de richtlijn' van het beoordelingsinstrument bestaat uit 20 aspecten, waaraan de richtlijnen zouden moeten voldoen. Deze aspecten zijn onderverdeeld in zeven onderdelen, welke hieronder worden beschreven.

#### *Verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de richtlijnen*

Bij dit onderdeel staan de volgende vragen centraal

1. Is het duidelijk welke instelling verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van de richtlijn?
2. Waren er externe partijen (financieel of anderszins) betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn?
3. Indien er externe partijen (financieel of anderszins) betrokken waren, is er aangetoond dat er rekening is gehouden met mogelijke ongewenste beïnvloeding door de externe partijen?

In de in het BKPZ-programma ontwikkelde richtlijnen staat vermeld welke organisaties verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van de richtlijnen. Het gaat daarbij om de begeleidende instelling in samenwerking met de beroepsvereniging. Ook staat in de meeste richtlijnen genoemd dat de ontwikkeling is gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen. Een uitzondering hierop vormen de concept-richtlijnen voor fysiotherapeuten. In geen enkele richtlijn wordt genoemd dat bij de ontwikkeling rekening is gehouden met mogelijke ongewenste beïnvloeding.

#### *Ontwikkelgroep*

4. Is er een beschrijving van de personen (b.v. beroepsbeoefenaars, belangengroeperingen - inclusief patiënten) die zitting hadden in de werkgroep die de richtlijn ontwikkelde?
5. Zo ja, waren alle relevante disciplines vertegenwoordigd in deze werkgroep?

In alle BKPZ-richtlijnen staat duidelijk vermeld welke personen zitting hadden in de ontwikkelgroep van de richtlijn. In deze groep waren bij geen van de richtlijnen alle relevante disciplines vertegenwoordigd. Vaak zijn verwijzers en eventueel patiënten wel op een andere

manier bij de richtlijnontwikkeling betrokken geweest.

*Projectleider fysiotherapeuten: "In de eerste kring (de ontwikkelgroep) zijn inhoudelijk deskundige fysiotherapeuten betrokken. In de tweede kring zijn alle belangrijke disciplines betrokken. Deze tweede kring is ook bij het begin van de richtlijnontwikkeling betrokken geweest. Het heeft geen zin om deze tweede kring het fysiotherapeutisch zorgproces te laten uitwerken; het gaat immers om een monodisciplinaire richtlijn."*

*Projectleider ergotherapeuten en mondhygienisten "Uit de beoordeling bleek dat in de ontwikkelgroepen/projectgroep van de richtlijnen geen patiënten en verwijzers zaten. Dit is ook niet nodig bij een monodisciplinaire richtlijn, de richtlijn is ontwikkeld voor het handelen van de paramedicus. De revalidatieartsen en patiënten/clienten (bij ergotherapeutische richtlijnen) en (tand)artsen en parodontologen (bij de richtlijn voor mondhygienisten) zaten in een referentengroep en hebben hun mening kunnen geven te aanzien van de conceptversie van de richtlijn."*

*Selectie en interpretatie van het bewijs*

6. Is er een beschrijving van de informatiebronnen om het bewijsmateriaal te selecteren waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd?
7. Zo ja, zijn deze informatiebronnen adequaat?
8. Is er een beschrijving van de methode(n) die gebruikt is (zijn) om de kracht van het bewijs te interpreteren en beoordelen?
9. Zo ja, is (zijn) de methode(n) om het bewijsmateriaal te beoordelen adequaat?

De richtlijnen voor fysiotherapeuten voldoen aan alle aspecten op dit vlak. De overige richtlijnen voldoen niet aan alle aspecten. Bij de richtlijnen voor orthoptisten is er geen beschrijving van de geraadpleegde bronnen.

*Projectleider orthoptisten. "Er is nauwelijks evidence based literatuur beschikbaar. Er is wel literatuuronderzoek gedaan, maar in de producten staat niet vermeld waar de literatuur gezocht is; dit zou beter kunnen"*

Bij de richtlijn 'ALS' voor de ergotherapeuten en de richtlijn voor mondhygienisten is deze beschrijving er wel, maar zijn de geraadpleegde bronnen niet voldoende om een volledig overzicht te krijgen van de literatuur op dat gebied. Er is namelijk niet in Medline, de belangrijkste database van medische literatuur, gezocht.

De richtlijnen voor ergotherapeuten, mondhygienisten, orthoptisten en een richtlijn voor oefentherapeuten Cesar bevatten geen beschrijving van de methode die gebruikt is om het bewijsmateriaal te interpreteren en beoordelen.

*Projectleider ergotherapeuten en mondhygienisten: "Dit item is vooral van belang voor medische richtlijnen. Er zijn voor de onderwerpen van deze richtlijnen in het algemeen geen RCT's uitgevoerd. Er is wel relevante literatuur bekeken over de onderwerpen van deze richtlijnen, zoals het verloop van ALS, over welke zitvoorzieningen er zijn en veel casusbeschrijvingen"*

Een richtlijn voor oefentherapeuten Cesar bevat wel een dergelijke beschrijving, maar de gehanteerde methode voldoet niet. Er is niet duidelijk aangegeven welke literatuur sterk of zwak bewijs bevat.

*Formulering van de aanbevelingen*

10. Is er een beschrijving van de methoden die gebruikt zijn om de aanbevelingen te formuleren?
11. Zo ja, zijn deze methoden geschikt?

- 12 Wordt er aangegeven hoe rekening is gehouden met de mening van geïnteresseerde partijen die niet bij de richtlijnontwikkeling betrokken zijn?
- 13 Is er een duidelijk verband tussen de belangrijkste aanbevelingen en de sterkte van het ondersteunend bewijs?

Met uitzondering van de richtlijn voor mondhygienisten bevatten de richtlijnen een beschrijving van de methode op basis waarvan de aanbevelingen zijn geformuleerd. Wanneer de methode beschreven staat, is deze niet in alle gevallen volledig beschreven. Bij de (concept-)richtlijnen voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en een richtlijn voor ergotherapeuten, zijn de methoden wel duidelijk en toereikend. Bij de overige richtlijnen zijn de gebruikte methoden niet volledig beschreven. Zo wordt vaak vermeld dat de aanbevelingen op basis van consensus zijn geformuleerd, maar wordt daarbij niet beschreven hoe die consensus is bereikt.

In de meeste richtlijnen is aangegeven hoe rekening is gehouden met de mening van geïnteresseerde partijen die niet bij de richtlijnontwikkeling betrokken zijn. In de (concept-) richtlijnen voor fysiotherapeuten en de richtlijn voor oefentherapeuten-Mensendieck is dit niet vermeld.

*Projectleider fysiotherapeuten: "Op basis van consensus zijn de meningen van externe partijen (in de tweede kring) in de richtlijn verwerkt. Dit is niet als zodanig in de richtlijn opgenomen, maar in het projectvoorstel."*

Alleen in de richtlijnen voor fysiotherapeuten is een duidelijk verband beschreven tussen de belangrijkste aanbevelingen en de sterkte van het ondersteunend bewijs. In de overige richtlijnen wordt dit verband niet beschreven.

*Projectleider oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck: "De richtlijnen zijn voornamelijk gebaseerd op praktijkervaring en consensus; niet op evidence uit de literatuur over oefentherapie Cesar of oefentherapie-Mensendieck omdat die er niet is. Waar mogelijk is wel gebruik gemaakt van evidence afkomstig van RCT's uit andere disciplines, zoals bij de richtlijnen voor bijvoorbeeld COPD, osteoporose, urine-incontinentie en artrose van heup en/of knie."*

*Beoordeling door deskundigen*

- 14 Is de richtlijn door een onafhankelijke partij beoordeeld voor publicatie/bekendmaking van de richtlijn?
15. Zo ja, wordt duidelijk beschreven welke methode is gebruikt en hoe het commentaar is verwerkt?
16. Is de richtlijn getest in een pilot-studie?
17. Zo ja, is er duidelijke informatie gegeven over de gebruikte methoden en hoe de resultaten zijn verwerkt?

In twee richtlijnen voor fysiotherapeuten, een richtlijn voor ergotherapeuten en de richtlijn voor mondhygienisten staat niet vermeld dat ze beoordeeld zijn door een onafhankelijke partij. In de overige richtlijnen staat dit wel beschreven. Voor een deel van deze richtlijnen geldt echter dat de gebruikte methode en de verwerking van het commentaar niet vermeld staat. Een richtlijn voor ergotherapeuten en de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar vermelden dit wel.

Alleen in het 'protocol preoperatief orthoptisch onderzoek strabismuschirurgie' staat vermeld dat het is uitgetest in een pilot-studie. Hierbij is echter geen duidelijke informatie gegeven over de gebruikte methoden en hoe de resultaten zijn verwerkt.

*Projectleider ergotherapeuten en mondhygienisten: "In de richtlijnen stond niet expliciet vermeld dat ze getest waren in een pilot-studie, dit is echter wel gebeurd maar niet in uitvoerige mate via een registratietraject."*



#### Actualisatie

18. Wordt er een datum genoemd wanneer de richtlijn herzien of geactualiseerd moet worden?
19. Is de instelling verantwoordelijk voor de herziening en actualisering duidelijk vermeld?

Alleen in de standaarden voor ergotherapeuten staat vermeld wanneer ze geactualiseerd zouden moeten worden, namelijk eens in de vijf jaar. Tevens staat alleen in deze standaarden vermeld welke instelling verantwoordelijk is voor de actualisering. Het gaat hierbij om de NVE.

#### Algehele beoordeling van het ontwikkelproces

20. Is er over het geheel genomen adequaat rekening gehouden met mogelijke ongewenste beïnvloeding van de ontwikkeling van de richtlijn?

Omdat het voor de onderzoekers onmogelijk was om een algeheel oordeel te geven over de ontwikkeling van de richtlijnen, hebben de onderzoekers besloten deze vraag voor alle richtlijnen met 'weet niet' te beantwoorden.

### 3.3 Kader en inhoud

De tweede dimensie van de checklist bestaat uit 12 vragen welke zijn onderverdeeld in vier onderdelen

#### Doelen

21. Zijn de redenen om de richtlijn te ontwikkelen duidelijk vermeld?
22. Is het doel van de richtlijn duidelijk omschreven?

Met uitzondering van twee richtlijnen voor fysiotherapeuten, twee richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar en een voor oefentherapeuten-Mensendieck staan de redenen om de richtlijnen te ontwikkelen vermeld. Vaak zijn de redenen echter wel heel summier beschreven

*Projectleider fysiotherapeuten: "De redenen voor het ontwikkelen van deze richtlijnen zijn: veel variatie in de verleende zorg, onduidelijkheid over de behandeling en weinig afstemming in de samenhang van zorg. Verder is gekeken of het onderwerp veel voorkomt in de praktijk en of het een hot item is. Daarnaast was er een vraag van de lidverenigingen van het KNGF. Op basis hiervan worden de onderwerpen voor de richtlijnen gekozen. Het KNGF heeft uiteindelijk gekozen welke richtlijnen ontwikkeld zouden worden. De redenen om de richtlijn te ontwikkelen staan niet vermeld in de richtlijn, maar in het projectvoorstel."*

Ook het doel van de richtlijnen is niet altijd duidelijk omschreven. Dit geldt met name voor een richtlijn voor fysiotherapeuten en de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar

*Projectleider oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck: "Zowel voor de VBC- als de NVOM-richtlijnen zijn er doelen geformuleerd. De doelen van de NVOM-richtlijnen staan omschreven in een adviesrapport dat aan het begin van het BKPZ-programma is opgesteld. De doelen zijn eveneens kort weergegeven in de richtlijnen zelf. De doelen van de VBC-richtlijnen staan in het werkplan, niet in de concept-richtlijnen zelf."*

#### Kader

23. Zijn de patienten waarvoor de richtlijn is bedoeld voldoende omschreven?
24. Is er een beschrijving van de omstandigheden (klinisch of niet-klinisch) waaronder uitzonderingen gemaakt kunnen worden in het gebruik van de richtlijn?
25. Wordt er een uitspraak gedaan over hoe er rekening moet worden gehouden met de voorkeuren van de patient bij het toepassen van de richtlijn?

In de meeste gevallen staan de patiënten waarvoor de richtlijnen zijn bedoeld voldoende omschreven. Een uitzondering hierop vormen twee richtlijnen voor fysiotherapeuten, een richtlijn voor oefentherapeuten Cesar en een richtlijn voor oefentherapeuten-Mensendieck. In deze vier richtlijnen staat geen leeftijdsgroep van de patiënten genoemd. Daardoor is het niet duidelijk of de richtlijn alleen voor volwassenen is bedoeld, of ook voor kinderen en oudere mensen.

In een richtlijn voor oefentherapeuten Cesar, een richtlijn voor orthoptisten en een richtlijn voor ergotherapeuten wordt niet beschreven onder welke omstandigheden uitzonderingen kunnen worden gemaakt in het gebruik van de richtlijn. Omdat de 'standaard advisering zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopatie' alleen betrekking heeft op het uitbrengen van een advies, is deze vraag niet van toepassing op deze standaard. In de overige richtlijnen staat wel beschreven wanneer uitzonderingen gemaakt kunnen worden in het gebruik van de richtlijn. Zo staat in de meeste richtlijnen vermeld onder welke omstandigheden terug moet worden verwezen naar de arts.

In de meeste richtlijnen staat vermeld dat rekening moet worden gehouden met de voorkeuren van de patient. Vaak wordt aanbevolen het behandelplan in overleg met de patient op te stellen. In een richtlijn voor oefentherapeuten Cesar en de richtlijn voor mondhygienisten wordt hiervan geen melding gedaan.

#### *Duidelijkheid*

- 26 Wordt de aandoening die opgespoord, behandeld of voorkomen moet worden ondubbelzinnig in de richtlijn omschreven?
- 27 Worden de verschillende mogelijkheden voor de behandeling van de aandoening duidelijk beschreven in de richtlijn?
- 28 Worden de aanbevelingen duidelijk gepresenteerd?

In alle beoordeelde richtlijnen wordt de aandoening waarvoor de richtlijn bedoeld is duidelijk omschreven. Ook worden in de meeste richtlijnen de verschillende mogelijkheden voor de behandeling duidelijk beschreven. Voor een richtlijn voor de ergotherapeuten, een richtlijn voor de orthoptisten en de richtlijn voor de mondhygienisten is deze vraag niet van toepassing omdat dit geen behandelrichtlijnen zijn, maar advies- of diagnostiekrichtlijnen.

Alle richtlijnen bevatten een duidelijk overzicht waarin de aanbevelingen gepresenteerd worden. Een aantal richtlijnen bevat een samenvatting van de aanbevelingen op een apart formulier.

#### *Verwachte kosten en opbrengsten*

29. Is er een adequate beschrijving van de gezondheidswinst die het gevolg kan zijn van de aanbevolen behandeling?
30. Is er een adequate beschrijving van de mogelijke nadelen of risico's die op kunnen treden als gevolg van de aanbevolen behandeling?
31. Wordt er een schatting gegeven van de te verwachten kosten of uitgaven van de aanbevolen behandeling?
32. Worden de aanbevelingen ondersteund door de geschatte voordelen, nadelen en kosten van de interventie?

Alle richtlijnen bevatten een duidelijke beschrijving van de gezondheidswinst als gevolg van de behandeling. In de meeste richtlijnen staat echter niet beschreven wat de mogelijke nadelen of risico's zijn als gevolg van de aanbevolen behandeling. Het 'standaard zorgplan amblyopiebehandeling' voor de orthoptisten bevat wel een dergelijke beschrijving. Deze vraag is niet van toepassing op de drie richtlijnen die niet zijn gericht op de behandeling.

*Projectleider oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck: "Nadelen of risico's van een behandeling zijn eigenlijk niet van toepassing binnen de oefentherapie."*

*Projectleider fysiotherapeuten: "Als er risico's gevonden zijn, worden ze opgenomen in de richtlijn. Bij alle richtlijnen wordt aanbevolen terughoudend te zijn ten aanzien van fysieke therapie in engere zin, omdat de effectiviteit hiervan niet aangetoond is. Daarnaast wordt aanbevolen voorzichtig om te gaan met de soort van informatie en patientenvoorlichting naar de patienten, omdat niet altijd duidelijk is hoe de patienten hiermee omgaan. Hoewel vaak wordt aanbevolen actief te blijven, is het de vraag hoe patienten hiermee omgaan. Verder zijn geen risico's gevonden."*

Op de vraag of er een schatting wordt gegeven van de te verwachte kosten of uitgaven van de aanbevolen behandeling is een positief antwoord gegeven indien in de richtlijn een indicatie wordt gegeven van het aantal zittingen of de behandelduur. Acht van de dertien beoordeelde richtlijnen hebben een dergelijke schatting gegeven. De richtlijnen voor orthoptisten, twee richtlijnen voor fysiotherapeuten en de richtlijn voor mondhygienisten hebben dit niet vermeld.

*Projectleider orthoptisten: "Over het publiceren van de kosten of uitgaven van de behandeling is nooit gepraat. Primair is de behandeling in kaart gebracht. In het SZP amblyopie zijn de kosten van de aanschaf van bepaalde meetinstrumenten wel opgenomen."*

Of de aanbevelingen worden ondersteund door de geschatte voordelen, nadelen en kosten van de interventie is vaak niet te beoordelen als er geen risico's en kosten worden genoemd. Als er vanuit wordt gegaan dat er geen risico's zijn, zouden op z'n minst de kosten beschreven moeten zijn. In de gevallen waar dit niet zo is, is deze vraag daarom negatief beantwoord.

### **3.4 Toepassing van de richtlijn**

De derde en laatste dimensie van de checklist bestaat uit vijf vragen, die zijn verdeeld over drie onderdelen.

#### *Verspreiding en implementatie*

33. Worden er in het document van de richtlijn methoden voorgesteld voor verspreiding en implementatie van de richtlijn?

De richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar en een richtlijn voor orthoptisten bevatten een gedeelte dat ingaat op de verspreiding en implementatie van de richtlijn. In de overige richtlijnen wordt hier niet op ingegaan.

#### *Toezicht op de richtlijnen*

34. Worden in het document criteria gespecificeerd waarmee toezicht gehouden kan worden op naleving van de richtlijn?

35. Worden er in het document duidelijke standaarden of doelen genoemd die na implementatie van de richtlijn gehaald moeten worden?

36. Worden er in het document duidelijk meetbare uitkomsten gedefinieerd die na implementatie van de richtlijn behaald moeten zijn en waarop toezicht gehouden kan worden?

In de richtlijnen worden geen criteria gespecificeerd waarmee toezicht kan worden gehouden op de naleving van de richtlijn.

*Projectleider ergotherapeuten en mondhygienisten: "Het is de vraag of dit in de richtlijnen moet staan, de verantwoordelijkheid ligt bij de beroepsgroep en niet bij het NPI. Voor een update van de richtlijn zou het wel handig zijn om te weten hoeveel mensen de richtlijn hanteren en waarom een aantal de richtlijn niet hanteert."*

*Projectleider fysiotherapeuten "Bij elke richtlijn komt een formulier, waarmee gekeken kan worden of men de richtlijn begrijpt en of er knelpunten zijn om volgens de richtlijn te werken. In de richtlijn zijn ook kritische kernpunten opgenomen, waar men op moet letten. Als de registratietrajecten zijn afgerond komt er ook benchmark informatie, waaraan de fysiotherapeuten zich kunnen spiegelen."*

Ook bevatten de meeste richtlijnen geen duidelijke standaarden of doelen die na implementatie van de richtlijn gehaald moeten worden. Een uitzondering hierop is het Protocol Preoperatief Orthoptisch Onderzoek Strabismuschirurgie. In het eindverslag van dit project staat genoemd dat een van de doelstellingen van de implementatie is dat in 2003 50% van alle werkende orthoptisten volgens dit protocol moeten werken. In acht richtlijnen worden meetinstrumenten of andere meetbare uitkomsten van de behandeling gedefinieerd, waarmee het verschil voor en na de behandeling gemeten kan worden. Bij drie richtlijnen is deze vraag niet van toepassing en bij twee richtlijnen worden geen meetbare uitkomsten genoemd.

*Projectleider oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck: "De evaluatie van een behandeling met behulp van meetinstrumenten is heel ongebruikelijk binnen de oefentherapie Cesar en -Mensendieck. Er is geprobeerd om voor elk richtlijn-onderwerp geschikte meetinstrumenten te vinden die aansluiten bij de behandeldoelen, behandeldoelen worden echter vaak op beperkingsniveau geformuleerd, terwijl meetinstrumenten vaak op stoornisniveau meten. Daarnaast wordt in de richtlijnen beschreven dat oefentherapeuten de subdoelen zodanig moeten beschrijven dat ze evalueerbaar zijn."*

*Projectleider orthoptisten: "De meetbare uitkomsten komen met name in de implementatiefase aan bod."*

#### *Landelijke richtlijnen*

37. Worden de belangrijkste elementen in het document voorgesteld die in overweging moeten worden genomen door lokale richtlijn groepen?

Een richtlijn voor ergotherapeuten en een richtlijn voor oefentherapeuten Cesar bevatten een voorstel voor de implementatie bij lokale groepen. Zo wordt in de concept-richtlijn 'peripartum bekkenpijn voor oefentherapeuten Cesar' beschreven dat het behandelbeleid afgestemd dient te worden op andere zorgverleners in de regio.

### **3.5 Scores**

Tabel 3.1 bevat een overzicht van de percentages van de positieve antwoorden op de drie dimensies en op het totaal per richtlijn. Deze percentages zijn berekend door het totaal aantal keren 'ja' in een dimensie te delen door het aantal vragen per dimensie. Voor het totaalpercentage is het totaal aantal keer 'ja' gedeeld door het totaal aantal vragen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Omdat vraag 20 moeilijk was te beantwoorden voor de onderzoekers is deze vraag niet meegenomen in de berekening van de percentages. Voor de richtlijnen die niet op de behandeling zijn gericht, zijn de vragen die betrekking hebben op de behandeling niet meegenomen in de berekening van de percentages.

Tabel 3.1 Percentages van het aantal positief beantwoorde vragen, per dimensie

	dimensie 1	dimensie 2	dimensie 3	totaal
Ergo zitvoorzieningen bij kinderen met IE	47	100	25	59
Ergo ALS	58	83	00	58
Fysio Artrose heup/knie	53	67	20	53
Fysio Whiplash	47	58	20	47
Fysio Osteoporose	47	75	20	53
Mond diagnostiek lichte tot matige tandsteen	26	70	00	36
O Cesar Peripartum bekkenpijn	53	67	60	58
O Cesar Spondylitis Ankylopoetica	58	83	40	64
O Cesar Idiopatische scoliose	63	75	20	61
O Cesar Osteoporose	63	67	40	61
O-Mensendieck Nek-schouderklachten	47	75	20	53
Orthop Amblyopiebehandeling	32	75	20	44
Orthop Preoperatief onderzoek strabismuschir	37	80	50	52
<b>Totaal</b>	49	75	26	54

Uit de tabel blijkt dat gemiddeld 54% van de vragen positief is beantwoord. Dit wil zeggen dat gemiddeld iets meer dan de helft van de vragen met 'ja' is beantwoord. De gemiddelde percentuele score op dimensie 1 (ontwikkeling van de richtlijn) bedraagt 49%. De gemiddelde percentuele score van de tweede dimensie (kader en inhoud) komt 75% en die van dimensie 3 op 26%. Hieruit blijkt dat de richtlijnen de beste resultaten halen op de tweede dimensie, kader en inhoud. De richtlijnen scoren het minst op de derde dimensie (toepassing van de richtlijn).

De richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar hebben gemiddeld de hoogste score. Relatief veel vragen konden voor deze richtlijnen met 'ja' beantwoord worden. Ook de meeste overige richtlijnen hebben een score van rond de vijftig procent.

### 3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is de kwaliteit van de richtlijnen besproken. Deze kwaliteit is beoordeeld aan de hand van een internationaal beoordelingsinstrument. Uit de resultaten komt naar voren dat de richtlijnen met name met betrekking tot het kader en de inhoud een goede kwaliteit hebben. Ook over de ontwikkeling van de richtlijnen is aan ongeveer de helft van de, volgens het beoordelingsinstrument benodigde, items voldaan. Over de toepassing van de richtlijnen is de minste informatie opgenomen. De aspecten die hier een onderdeel van vormen, vallen buiten het bestek van het BKPZ-programma, maar zullen aandacht krijgen binnen het IKPZ-programma.

Uit de interviews met de projectleiders is gebleken dat aan bepaalde aspecten wel is voldaan, maar dat informatie hierover niet is opgenomen in de richtlijn. Daarom is de beoordeling vaak negatiever dan wat feitelijk is gedaan.

36

## 4 Implementatie-onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven in hoeverre paramedici bekend zijn met al eerder geïmplementeerde richtlijnen. Tevens wordt een beschrijving gegeven van het gebruik van deze richtlijnen en de mening van paramedici over de richtlijnen. Hiervoor is gebruik gemaakt van resultaten van schriftelijke vragenlijsten voor paramedici van vier verschillende beroepsgroepen, te weten dietisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten<sup>1,2</sup>. In de vragenlijsten zijn vragen gesteld over het gebruik van richtlijnen in het algemeen. Tevens is per beroepsgroep ingegaan op een specifieke richtlijn. De resultaten worden per beroepsgroep gepresenteerd. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de bekendheid met en het gebruik van richtlijnen voor fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en dietisten

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende vraagstellingen:

- *In hoeverre zijn paramedici bekend met een voor hun beroepsgroep ontwikkelde richtlijn?*
- *In hoeverre gebruiken de paramedici deze richtlijn?*
- *Wat is de mening van paramedici over het gebruik van richtlijnen?*

### 4.1 Fysiotherapeuten

Aan de fysiotherapeuten is gevraagd naar de bekendheid met en het gebruik van de richtlijn 'acuut enkelletsel'. De richtlijn 'acuut enkelletsel' is in 1998 uitgebracht door het KNGF. De richtlijn bevat een beschrijving van de fysiotherapeutische diagnose en behandeling van patiënten met acuut enkelletsel. De richtlijn bestaat uit verschillende onderdelen. Allereerst is er een document waarin het diagnostisch en therapeutisch proces staat beschreven en waarin tevens een verantwoording en toelichting is opgenomen. Daarnaast bevat de richtlijn een samenvatting, een geplastificeerd vel op A-4 formaat (KNGF, 1998)

Ter implementatie van deze richtlijn hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden. De richtlijn is meegestuurd met het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapeuten. Tevens is er een deskundigheidsbevorderingspakket ontwikkeld, dat bestaat uit een gespreksformulier, een toetsingsformulier, een gespreksformulier voor de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut en een formulier voor het noteren van de functiescore (zie ook 4.1.3). Deze formulieren zijn ontwikkeld als leidraad bij het bespreken van de richtlijn in het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF) of als individuele kennistoets. Het gespreksformulier bevat een aantal stellingen die zich richten op specifieke aandachtspunten in de richtlijn. Met behulp van het toetsingsformulier kan nagegaan worden of men volgens de richtlijn handelt. Dit deskundigheidspakket is meegestuurd met de Fysiopraxis (vakblad voor fysiotherapeuten die lid zijn van het KNGF). Ook zijn er verschillende artikelen geschreven om de richtlijn bekendheid te geven en is de richtlijn gepresenteerd op congressen en symposia. Er zijn lezingen voor hogescholel gehouden en het NPi heeft een jaarlijks cursus verzorgd, die momenteel eens per twee jaar wordt gegeven.

<sup>1</sup> Doordat niet alle paramedici alle vragen hebben ingevuld, kan het aantal respondenten per onderwerp wisselen

<sup>2</sup> Door de afronding van percentages komt het totaal niet altijd op 100 uit, maar tussen 99 en 101

#### 4.1.1 Algemene gegevens

##### Respons

Uit een bestand van het Nivel, waarin alle extramurale fysiotherapeuten zijn vertegenwoordigd, is een representatieve steekproef getrokken van 400 fysiotherapeuten. Aan deze 400 fysiotherapeuten is een vragenlijst verstuurd. Daarvan zijn er 229 ingevuld geretourneerd. De respons bedroeg 59%<sup>3</sup>. Hiervan bleek 89% lid te zijn van het KNGF. In tabel 4.1 zijn het geslacht en de leeftijdsopbouw van de respondenten en de totale populatie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten weergegeven.

Tabel 4.1 Leeftijd en geslacht van respondenten, vergeleken met de totale populatie van extramurale fysiotherapeuten (in percentages)

	respondenten (N=229)	totale populatie (N=11 962)*
Geslacht		
man	55	51
vrouw	45	49
Leeftijd		
<40	32	41
40-54	58	52
>54	10	7

\* Bron Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (Nivel, Prismant, OSA), 2000

Uit tabel 4.1 blijkt dat er iets meer mannen hebben gereageerd en iets minder jongeren hebben gereageerd dan op grond van de totale cijfers verwacht had mogen worden. De verschillen zijn echter niet erg groot. De groep respondenten vormt daarom een redelijke afspiegeling van de totale groep van extramuraal werkzame fysiotherapeuten. Om te onderzoeken of de fysiotherapeuten die gereageerd hebben op de vragenlijst verschillen van de fysiotherapeuten die niet hebben gereageerd, heeft een non-responsonderzoek plaatsgevonden (zie 4.1.7)

##### Werkveld

Een ruime meerderheid (95%) van de deelnemende fysiotherapeuten werkt in een vrijevestigde praktijk. Dit komt doordat er bij de steekproef gebruik is gemaakt van een bestand van extramuraal werkende fysiotherapeuten. Daarnaast is er een klein percentage dat in een gezondheidscentrum, een verpleeghuis/verzorgingshuis of in de thuiszorg/kruiswerk werkt.

##### Gebruik van richtlijnen in het algemeen

Bij de fysiotherapeuten is geïnventariseerd in hoeverre ze gebruik maken van landelijke of eigen richtlijnen. Twaalf procent van de respondenten gaf aan geen gebruik te maken van richtlijnen. Driekwart maakt gebruik van landelijke richtlijnen, al dan niet in combinatie met eigen richtlijnen. Acht procent van de respondenten maakt alleen gebruik van eigen richtlijnen.

#### 4.1.2 Bekendheid met de richtlijn 'acuut enkelletsel'

Aan de fysiotherapeuten is gevraagd of ze op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn 'acuut enkelletsel'. In totaal gaf 97% (221) aan dat ze op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn. Van de KNGF-leden is 99% (199 fysiotherapeuten) op de hoogte van het bestaan van de richtlijn, terwijl van de niet-leden 77% (20 fysiotherapeuten) op de hoogte is van het bestaan van de richtlijn<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Van de 400 aangeschreven fysiotherapeuten waren er 11 niet meer werkzaam in Nederland, of kwam de vragenlijst retour afzender

<sup>4</sup> Vanwege het geringe aantal niet-leden kan dit verschil niet statistisch worden getoetst



De verschillende manieren waarop de respondenten op de hoogte zijn geraakt van de richtlijn, zijn weergegeven in tabel 4.2.

Tabel 4 2 Manieren waarop de fysiotherapeuten bekend zijn geraakt met de richtlijn (N=220)<sup>1</sup>

	aantal	percentage
verenigingsblad	151	69
schriftelijk via beroepsvereniging	128	58
contacten met collega's	62	28
anders	41	19

<sup>1</sup> Meerdere antwoorden mogelijk

Het merendeel van de respondenten is via de vereniging op de hoogte gesteld, via een artikel in het verenigingsblad en/of schriftelijk via de beroepsvereniging. Daarnaast hebben contacten met collega's bij een kwart een rol gespeeld bij het bekend raken met de richtlijn. Onder de categorie 'anders' worden onder andere 'IOF' en 'congres/ workshop/ symposium' genoemd

Aan de fysiotherapeuten die op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn is gevraagd of ze de richtlijn ook in bezit hebben. Daarbij gaven 204 fysiotherapeuten (93%) aan dat ze de richtlijn in bezit hebben.

Omdat verdere kennis van de richtlijn alleen verwacht kan worden van fysiotherapeuten die wel eens patiënten met acuut enkelletsel behandelen, is aan de fysiotherapeuten gevraagd of ze wel eens patiënten behandelen met de aandoening waarvoor de richtlijn bedoeld is. Hier antwoordden 161 fysiotherapeuten (74%) positief op. Aan deze fysiotherapeuten is gevraagd of ze de inhoud van de richtlijn kennen. Daarbij gaf 37% aan dat ze de inhoud van de richtlijn helemaal kennen en 57% dat ze de richtlijn globaal kennen. In totaal zijn er daarmee 152 fysiotherapeuten die de inhoud van de richtlijn op z'n minst globaal kennen.

Aan deze 152 fysiotherapeuten is gevraagd of ze vinden dat scholing nodig is om de richtlijn toe te passen. Hier antwoordde een meerderheid (81%) negatief op. Elf procent was van mening dat wel scholing nodig is en acht procent had hierover geen mening. Vervolgens is aan de fysiotherapeuten gevraagd of ze activiteiten hebben ondernomen om inzicht te krijgen in de richtlijn. Tabel 4.3 geeft een overzicht van de antwoorden op deze vraag

Tabel 4 3 Ondernomen activiteiten om inzicht te krijgen in de richtlijn (N=151)<sup>1</sup>

	aantal	percentage
geen	27	18
besproken in IOF	72	48
besproken met collega's	70	46
themamiddag/workshop	21	14
toetsingsformulier ingevuld voor lezing van de richtlijn	10	7
presentatie op een congres	8	5
anders	10	7

<sup>1</sup> Meerdere antwoorden mogelijk

Opvallend is dat, ondanks dat 81% van mening is dat er geen scholing nodig is om inzicht te krijgen in de richtlijn, 82% van de fysiotherapeuten activiteiten heeft ondernomen om inzicht te krijgen. De belangrijkste activiteiten hierbij zijn het bespreken in een IOF of met collega's.

#### 4.1.3 Gebruik van de richtlijn

Zoals hierboven ook al vermeld, behandelen 161 van de deelnemende fysiotherapeuten wel eens patiënten met acuut enkelletsel. Deze fysiotherapeuten behandelen tussen de 1 en 63 patiënten met acuut enkelletsel per jaar met een gemiddelde van 13 patiënten per jaar ( $sd=12$ ). Van de 161 fysiotherapeuten bleken er 9 te zijn die de inhoud van de richtlijn niet kennen en die de richtlijn dus niet toepassen. De in deze paragraaf gepresenteerde gegevens hebben daarom betrekking op de 152 fysiotherapeuten die wel eens patiënten behandelen en tevens de inhoud van de richtlijn (enigszins) kennen. In tabel 4.4 is weergegeven in hoeverre de fysiotherapeuten patiënten met acuut enkelletsel behandelen volgens de richtlijn.

Tabel 4.4 Behandeling volgens de richtlijn (N=151)

	aantal	percentage
altijd	5	3
bij meer dan 90% van de patiënten	27	18
bij 50-90% van de patiënten	66	44
bij 10-50% van de patiënten	27	18
bij minder dan 10% van de patiënten	8	5
nooit	18	12

Uit deze tabel blijkt dat een meerderheid (65%) van de fysiotherapeuten de richtlijn toepast bij meer dan de helft van de patiënten met acuut enkelletsel. Er is echter slechts een kleine groep die de richtlijn altijd of vrijwel altijd toepast (21%). 17% Van de fysiotherapeuten behandelt (vrijwel) nooit volgens de richtlijn.

In tabel 4.5 is weergegeven in hoeverre de fysiotherapeuten de uitgebreide versie en de samenvatting van de richtlijn raadplegen.

Tabel 4.5 Raadpleging van de uitgebreide versie en de samenvatting bij de behandeling van patiënten met acuut enkelletsel (in percentages)

	uitgebreide versie (N=124)	samenvatting (N=147)
altijd	2	14
meestal	14	32
soms	47	40
nooit	37	14

Bij de behandeling van patiënten met acuut enkelletsel wordt voornamelijk de samenvatting geraadpleegd. De uitgebreide versie wordt door het merendeel soms of nooit toegepast.

Zoals ook al eerder vermeld, behoren bij de richtlijn een gespreksformulier en een toetsingsformulier. Aan de fysiotherapeuten is gevraagd of ze deze formulieren gebruiken. Een meerderheid gaf aan geen gebruik te maken van het gespreksformulier (71%) en het toetsingsformulier (65%).

Fysiotherapeuten die het gespreksformulier wel gebruiken, gebruiken het in een IOF (13% van de fysiotherapeuten die de richtlijn gebruiken), als individuele kennistoets (11%) of in een bespreking met collega's (9%). Elf procent van de fysiotherapeuten die de richtlijn gebruiken, gebruikt het toetsingsformulier vooral als checklist bij sommige patiënten of als zelfevaluatie of kennistoets.

### *Aanbevelingen in de richtlijn*

In de richtlijn wordt een functiescore beschreven op basis waarvan het fysiotherapeutisch behandelplan wordt opgesteld. Deze score kan worden berekend door het optellen van punten op een aantal aspecten, zoals pijn, belasting en zwelling. Met behulp van de functiescore kan bepaald worden hoe ernstig de situatie is en hoe het vermoedelijke herstel van de patient verloopt. Deze functiescore staat beschreven in de uitgebreide versie van de richtlijn. Op basis van deze functiescore worden aanbevelingen voor de behandeling geformuleerd.

Aan de fysiotherapeuten is gevraagd in hoeverre ze verschillende aanbevelingen in de richtlijn opvolgen (uitgaande van een normaal herstelproces). Tabel 4.6 geeft een overzicht van de antwoorden.

Tabel 4.6 Handeling volgens aanbevelingen in de richtlijn (in percentages) (N=152)

	ja	soms	nee
achterwege laten passieve stresstests voor bepalen exacte locatie en ernst	56	33	11
prognosebepaling aan de hand van de functiescore	33	31	36
fysiotherapeutische behandeling/begeleiding bij functiescore $\leq 40$	46	35	19
in de behandeling is terughoudendheid t a v fysische therapie i e z	55	28	17
in de proliferatie tapen/brace aanleggen indien zwelling voldoende verminderd is	73	18	9

Een meerderheid van de fysiotherapeuten volgt de aanbeveling in de richtlijn op om een passieve stresstest achterwege te laten voor het bepalen van de exacte locatie en ernst. Een minderheid van de fysiotherapeuten geeft aan de functiescore te gebruiken voor de prognosebepaling. Opvallend is dat een grotere groep fysiotherapeuten wel uitgaat van een functiescore van minder dan of gelijk aan 40 voor de fysiotherapeutische behandeling of begeleiding. Meer dan de helft van de respondenten past, conform de aanbeveling, geen fysische therapie in engere zin toe. Bijna driekwart van de fysiotherapeuten volgt de aanbeveling op om te tapen of een brace aan te leggen, als de zwelling voldoende verminderd is.

### *Overeenkomst tussen de richtlijn en de behandeling voordat de richtlijn er was*

De aanbevelingen in de richtlijn komen bij 62% van de fysiotherapeuten gedeeltelijk overeen met de behandelwijze voordat de richtlijn er was. Bij 37% komen de aanbevelingen in de richtlijn geheel overeen met de oorspronkelijke behandelwijze. Slechts één procent gaf aan dat er geen overeenkomst was tussen de behandeling volgens de richtlijn en de eigen behandelwijze voordat de richtlijn er was.

#### 4.1.4 Voor- en nadelen

De voor- en nadelen die de fysiotherapeuten ondervinden bij het opvolgen van de richtlijn, alsmede de verhouding tussen de voor- en nadelen staat weergegeven in tabel 4.7.

Tabel 4.7 Voor- en nadelen bij het opvolgen van de richtlijn

	aantal	percentage
<b>voordelen (n=150)</b>		
landelijke overeenstemming in de behandeling	98	65
waarborging van de kwaliteit van zorg	53	35
duidelijke aanbevelingen	43	29
geen	24	16
<b>nadelen (n=147)</b>		
te weinig ruimte voor eigen inbreng	50	34
tijsinvestering	37	25
oneens met een deel van de aanbevelingen	28	19
praktijk hanteert eigen richtlijn	17	12
sluit niet aan bij eigen wijze van handelen	16	11
geen	36	25
<b>verhouding tussen voor- en nadelen (n=145)</b>		
alleen voordelen	12	8
meer voordelen dan nadelen	75	52
evenveel voor- als nadelen	36	25
meer nadelen dan voordelen	19	13
alleen nadelen	3	2

Het merendeel ondervindt voordelen bij het opvolgen van de richtlijn. Landelijke overeenstemming in de behandeling wordt door de grootste groep als voordeel gezien. Ongeveer een derde vindt de waarborging van de kwaliteit van de zorg een voordeel bij het opvolgen van de richtlijn. Ten slotte worden de duidelijke aanbevelingen door iets minder dan een derde als voordeel gezien.

Driekwart ondervindt ook nadelen bij het opvolgen van de richtlijn. Het nadeel dat het meest (34%) wordt genoemd is te weinig ruimte voor eigen inbreng. Een kwart van de fysiotherapeuten ervaart een gebrek aan tijd bij het opvolgen van de richtlijn. Daarnaast is 19% het oneens met een deel van de aanbevelingen en sluit de richtlijn bij 11% niet aan bij de eigen wijze van handelen. Twaalf procent hanteert een eigen richtlijn.

Zestig procent ondervindt vooral voordelen bij het opvolgen van de richtlijn. Vijftien procent ondervindt met name nadelen.

#### 4.1.5 Mening over de richtlijn

Om de mening van de fysiotherapeuten over de richtlijn te kennen, is aan de fysiotherapeuten gevraagd of ze het eens zijn met de inhoud van de richtlijn en of de richtlijn een aanvulling is geweest op hun kennis voordat de richtlijn er was. Ook is onderzocht hoe de fysiotherapeuten denken over de vormgeving en de duidelijkheid van de richtlijn.

##### *Eens met de inhoud*

Acht procent is het helemaal eens en 88% is het grotendeels eens met de inhoud van de richtlijn. De overige vier procent is het grotendeels oneens met de inhoud van de richtlijn.

##### *Aanvulling op de kennis*

Het merendeel van de deelnemende fysiotherapeuten (55%) is van mening dat de richtlijn enigszins een aanvulling is geweest op hun kennis voordat de richtlijn er was. Ruim een derde

(35%) vindt dat de richtlijn geen aanvulling is geweest en acht procent vindt dat de richtlijn een grote aanvulling is geweest op de kennis voordat de richtlijn er was.

#### Vormgeving

In tabel 4.8 is weergegeven hoe de fysiotherapeuten over de vormgeving van de richtlijn denken. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de lengte en de overzichtelijkheid van zowel de uitgebreide versie als de samenvatting

Tabel 4.8 Mening over de vormgeving van de richtlijn (in percentages)

	uitgebreide versie (N=143)	samenvatting (N=142)
<b>lengte</b>		
te lang	52	6
goed	48	94
te kort	–	–
<b>overzichtelijkheid</b>		
goed	50	87
matig	50	12
slecht	–	1

Uit deze tabel blijkt dat iets meer dan de helft de uitgebreide versie van de richtlijn te lang vindt. Een grote meerderheid vindt de lengte van de samenvatting van de richtlijn goed. Geen van de deelnemende fysiotherapeuten vindt de richtlijn te kort. Daarnaast vinden de fysiotherapeuten de samenvatting over het algemeen overzichtelijk. Over de overzichtelijkheid van de uitgebreide versie van de richtlijn zijn de meningen verdeeld. Opvallend is dat vrijwel geen enkele fysiotherapeut de overzichtelijkheid van de richtlijn slecht vindt.

#### Duidelijkheid van de richtlijn

Het merendeel van de fysiotherapeuten (72%) vindt de richtlijn over het geheel genomen helemaal duidelijk en ruim een kwart (26%) vindt de richtlijn enigszins duidelijk. Slechts twee procent vindt de richtlijn helemaal niet duidelijk.

Welke aspecten van de richtlijn de fysiotherapeuten duidelijk of minder duidelijk vinden staat weergegeven in tabel 4.9.

Tabel 4.9 Duidelijkheid van de verschillende aspecten in de richtlijn (in percentages) (N=152)

	helemaal duidelijk	enigszins duidelijk	niet duidelijk	weet niet
aandoening waarvoor de richtlijn bedoeld is	86	12	1	1
doel van de richtlijn	80	18	–	2
het taalgebruik in de richtlijn	72	23	3	2
aanbevelingen in de richtlijn	60	35	3	2
gezondheidswinst als gevolg van de behandeling	40	43	10	7
wanneer uitzonderingen mogelijk zijn	37	45	13	5
prognosebepaling aan de hand van functiescore	36	42	17	5
nadelen of risico's als gevolg van de behandeling	29	43	15	13

De aandoening waarvoor de richtlijn bedoeld is, het doel van de richtlijn, het taalgebruik in de richtlijn en de aanbevelingen in de richtlijn worden door een meerderheid helemaal duidelijk gevonden. De overige genoemde aspecten worden minder duidelijk gevonden. De prognose-

bepaling aan de hand van de functiescore wordt door een relatief grote groep (17%) onduidelijk gevonden.

#### 4.1.6 Meningen over het gebruik van richtlijnen in het algemeen

In tabel 4.10 is weergegeven hoe fysiotherapeuten over het gebruik van richtlijnen in het algemeen denken.

Tabel 4.10 Meningen over het gebruik van richtlijnen (percentages) (N=229)

	mee eens	deels eens, deels oneens	mee oneens
richtlijnen zijn van belang om een lijn onder fysiotherapeuten te krijgen	72	20	8
richtlijnen zijn een professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroep	63	27	10
richtlijnen geven houvast in het dagelijks werk	58	27	15
richtlijnen leveren een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg	54	32	14
het KNGF geniet mijn vertrouwen als verantwoordelijke voor de richtlijn	51	28	21
patienten zijn te verschillend voor uniforme richtlijnen	49	37	14
richtlijnen leveren een bijdrage aan doelmatiger en kostenbewuster werken	42	38	20
richtlijnen dwingen de fysiotherapeut in een keurslijf	39	36	25
richtlijnen zijn zelden haalbaar in lokale situaties	19	42	39
richtlijnen moeten verplicht worden	10	27	63

Uit de tabel blijkt dat een meerderheid van de fysiotherapeuten vindt dat richtlijnen van belang zijn om fysiotherapeuten op een lijn te krijgen en een professionele verantwoordelijkheid zijn voor de beroepsgroep. Ook vindt een meerderheid dat richtlijnen houvast geven in het dagelijks werk en een bijdrage leveren aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Daarbij vindt 63% dat richtlijnen niet verplicht moeten worden. Ongeveer de helft heeft vertrouwen in het KNGF als verantwoordelijke voor de richtlijn. Ook is ongeveer de helft van mening dat patienten te verschillend zijn voor uniforme richtlijnen. Ruim een derde vindt dat richtlijnen de fysiotherapeut in een keurslijf dwingen.

#### 4.1.7 Non-responsonderzoek

De fysiotherapeuten die niet gereageerd hadden op de vragenlijst, zijn telefonisch benaderd met de vraag waarom zij de vragenlijst niet hadden geretourneerd. Ook is een korte vragenlijst afgenomen bij deze personen. Hiermee kan de groep non-responders vergeleken worden met de groep respondenten. Van de non-responders is 90% lid van het KNGF, bij de respondenten ligt dit percentage op 89%.

Van de fysiotherapeuten die niet gereageerd hadden wist 41% niet aan te geven wat de reden was. Ongeveer een derde (31%) gaf aan dat tijdgebrek de reden was voor het niet reageren. Elf procent gaf aan geen vragenlijst te hebben ontvangen. Vijf procent gaf aan dat ze de vragenlijst niet hadden ingevuld omdat ze geen patienten met acuut enkelletsel behandelen.

Een ruime meerderheid (95%) van de non-responders is op de hoogte van het bestaan van de richtlijn. Bij de respondenten was dit percentage vergelijkbaar, namelijk 97%. Van de non-

responders die op de hoogte van het bestaan van de richtlijn zijn, behandelt 70% (69 fysiotherapeuten) wel eens patiënten met acuut enkelletsel. Dit percentage ligt vier punten lager dan dat van de respondenten.

Van deze 69 fysiotherapeuten kent 29% de inhoud van de richtlijn helemaal en 62% globaal; 9% kent de inhoud niet. Bij de respondenten lagen deze percentages op respectievelijk 37%, 57% en 6%. Hieruit blijkt dat bij de respondenten meer fysiotherapeuten waren die de richtlijn helemaal kennen, maar dat daar minder fysiotherapeuten waren die de richtlijn globaal of niet kennen. Aan de 63 fysiotherapeuten die wel eens patiënten met acuut enkelletsel behandelen en de inhoud van de richtlijn (enigszins) kennen is vervolgens gevraagd of ze patiënten met acuut enkelletsel volgens de richtlijn behandelen. Tabel 4.11 geeft de antwoorden op deze vraag weer.

Tabel 4.11 Behandeling volgens de richtlijn (N=63)

	aantal	percentage
altijd	12	19
meestal	22	35
in ongeveer de helft van de gevallen	9	14
soms	12	19
zelden	4	6
nooit	4	6

Aan de respondenten is deze vraag ook gesteld, maar waren de antwoordcategorieën iets specifieker (zie tabel 4.4). Bij de respondenten lagen de percentages anders dan bij de non-responders. Hoewel 19% van de non-responders aangaf patiënten met acuut enkelletsel altijd volgens de richtlijn te behandelen, gaf slechts 3% van de respondenten dit aan. Wel gaf 18% van de respondenten aan bij meer dan 90% van de patiënten de richtlijn te volgen. Achttien procent van de respondenten gaf aan de richtlijn te volgen bij 10-50% van de patiënten. Dit getal komt overeen met de 19% van de non-responders die aangeeft soms de richtlijn te volgen. Het percentage non-responders die zelden volgens de richtlijn behandelt (6%) komt overeen met de 5% van de respondenten die zegt bij minder dan 10% volgens de richtlijn te behandelen. Ten slotte geven respondenten vaker aan (12%) nooit volgens de richtlijn te behandelen.

Uit dit non-responsonderzoek blijkt dat er slechts kleine verschillen zijn tussen de antwoorden van de respondenten en de non-responders. Dit wil zeggen dat de groepen vergelijkbaar zijn en dat er geen selectie heeft plaatsgevonden bij het al dan niet reageren op de vragenlijst.

#### 4.1.8 Conclusie

De richtlijn 'acuut enkelletsel' is in 1998 uitgebracht en toegezonden aan alle leden van het KNGF. Ook door middel van artikelen en op congressen is aandacht besteed aan de implementatie van de richtlijn. Een grote meerderheid van de fysiotherapeuten bleek op de hoogte te zijn van de richtlijn 'acuut enkelletsel'. KNGF-leden bleken daarbij beter op de hoogte te zijn dan niet-leden. Dit is ook te verklaren uit het feit dat de meeste fysiotherapeuten via de vereniging bekend zijn geraakt met de richtlijn. Een meerderheid van de fysiotherapeuten heeft de richtlijn ook in bezit. Van de fysiotherapeuten die wel eens patiënten met acuut enkelletsel behandelen bleek een meerderheid de inhoud van de richtlijn (enigszins) te kennen. Hoewel de meeste fysiotherapeuten van mening zijn dat er geen scholing nodig is, is er een grote groep die wel activiteiten heeft ondernomen om inzicht te krijgen in de richtlijn. De belangrijkste activiteit hierbij is het bespreken in een IOF. Daarbij moet aangetekend worden dat deelname aan het IOF verplicht is voor registratie in het kwaliteitsregister.

Slechts 3% van de fysiotherapeuten blijkt patiënten met acuut enkelletsel altijd volgens de richtlijn te behandelen, nog eens 18% behandelt meer dan 90% van de patiënten met acuut enkelletsel volgens de richtlijn. Hierbij wordt met name de samenvatting van de richtlijn geraadpleegd. De uitgebreide versie wordt veel minder geraadpleegd. De aanbeveling in de richtlijn om de prognose te bepalen aan de hand van de functiescore wordt door een minderheid van de fysiotherapeuten opgevolgd. De berekening van de functiescore staat beschreven in de uitgebreide versie van de richtlijn, terwijl deze weinig geraadpleegd wordt. Ook wordt de prognosebepaling aan de hand van de functiescore door een meerderheid niet helemaal duidelijk gevonden. De aanbevelingen in de samenvatting zijn echter wel op de functiescore gebaseerd. Over het algemeen worden meer voor- dan nadelen ervaren bij het opvolgen van de richtlijn. De mening over het gebruik van richtlijnen is over het algemeen redelijk positief.

## 4.2 Ergotherapeuten

De standaard 'WVG-advisering door ergotherapeuten' is in 1999 uitgebracht door de NVE. De standaard is bedoeld voor ergotherapeuten die adviezen uitbrengen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Deze adviezen hebben betrekking op woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen. De standaard bestaat uit een document, waarin een stroomschema, een activiteitenschema en een toelichting is opgenomen. Het stroomschema geeft op een schematische manier weer welke stappen een ergotherapeut moet ondernemen om een advies in het kader van de WVG te geven. Het activiteitenschema bevat dezelfde stappen als het stroomschema, met daarbij de activiteiten die per stap ondernomen moeten worden. In de toelichting zijn de verschillende stappen en termen van de standaard toegelicht (NVE, 1999).

Ter implementatie is de standaard is aan alle leden van de NVE toegestuurd. Ook nieuwe leden krijgen de standaard toegestuurd. Tevens zijn er workshops en lezingen gehouden op congressen en heeft de vakgroep adviseurs van de NVE avonden georganiseerd waarin de standaard werd besproken. Ook is er een boek 'de ergotherapeut als adviseur' geschreven, waarin de standaard is opgenomen.

### 4.2.1 Algemene gegevens

#### *Respons*

In totaal zijn er 400 vragenlijsten naar ergotherapeuten verstuurd; 200 naar leden van de NVE en 200 naar niet-leden. Beide steekproeven waren een representatieve afspiegeling van de totale populatie van werkzame ergotherapeuten. In totaal kwamen 191 vragenlijsten ingevuld retour, 121 van leden en 70 van niet-leden. De respons bedroeg 52%<sup>5</sup>. Van de respondenten was 63% lid van de NVE. Op basis van een schatting is op 1 januari 1999 66% van de werkzame ergotherapeuten lid van de NVE. Hoewel niet-leden minder vaak hebben gereageerd dan leden, komt de verhouding tussen leden en niet-leden bij de respondenten redelijk overeen met de totale populatie van werkzame ergotherapeuten. In tabel 4.12 zijn enkele algemene kenmerken van de respondenten en de totale populatie van ergotherapeuten weergegeven.

<sup>5</sup> Van de 400 aangeschreven ergotherapeuten waren 33 niet meer werkzaam in Nederland of kwam de vragenlijst retour afzender



Tabel 4.12 Leeftijd en geslacht van respondenten, vergeleken met de totale populatie van werkzame ergotherapeuten (in percentages)

	respondenten (N=191)	totale populatie (N=1 926)*
Geslacht		
man	6	8
vrouw	94	92
Leeftijd		
<40	66	73
40-54	31	26
>54	2	1

\* Bron Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (Nivel, Prismant, OSA) 2000

Uit deze tabel blijkt dat er iets minder mannen hebben gereageerd en dat er iets minder jongere ergotherapeuten hebben gereageerd dan op grond van de landelijke cijfers verwacht had mogen worden. De verschillen zijn echter niet erg groot. De groep respondenten vormt daarom een redelijke afspiegeling van de totale populatie van werkzame ergotherapeuten. Om te onderzoeken of de ergotherapeuten die gereageerd hebben op de vragenlijst verschillen van de ergotherapeuten die niet hebben gereageerd, heeft een non-responsonderzoek plaatsgevonden (zie 4.2.7).

#### *Werkveld*

Van de deelnemende ergotherapeuten werkt 27% in een verpleeghuis of verzorgingshuis en 25% in een revalidatiecentrum. Verder werkt 16% in een ziekenhuis, 15% in de psychiatrie, 6% in het onderwijs, 5% in een vrijevestigde praktijk en 5% bij de gemeente. Daarnaast is er een kleine groep die in een andere setting werkt, zoals in een centrum voor gehandicapten.

Aan de ergotherapeuten is gevraagd of ze ergotherapeut-behandelaar, ergotherapeut-adviseur of beide zijn. Daarbij kwam naar voren dat 54% van de deelnemende ergotherapeuten behandelaar is en dat 28% zowel behandelaar als adviseur is. Elf procent is alleen adviseur. Zeven procent gaf aan een andere functie te hebben, zoals docent of leidinggevende.

#### *Gebruik van standaarden in het algemeen*

Aan de ergotherapeuten is gevraagd of ze gebruik maken van landelijke of eigen standaarden. Achtien procent gaf aan geen gebruik te maken van standaarden. De deelnemende ergotherapeuten maken met name gebruik van eigen standaarden: 42% maakt alleen gebruik van eigen standaarden en 31% maakt zowel gebruik van eigen als landelijke standaarden. Slechts een klein percentage (4%) maakt alleen gebruik van landelijke standaarden. Een paar ergotherapeuten geven verder aan dat ze van internationale standaarden gebruik maken.

#### 4.2.2 Bekendheid met de 'standaard WVG-advisering door ergotherapeuten'

Van de deelnemende ergotherapeuten is 76% (141 ergotherapeuten) op de hoogte van het bestaan van de 'standaard WVG-advisering door ergotherapeuten'. Het blijkt dat met name leden van de NVE op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard; terwijl 91% van de leden op de hoogte is, is van de niet-leden slechts 49% op de hoogte van het bestaan van de standaard. Dit verschil is significant met Pearson's Chi-kwadraat ( $p=0,000$ )

In tabel 4.13 is weergegeven hoe de ergotherapeuten bekend zijn geraakt met de standaard. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen leden en niet-leden van de NVE.

Tabel 4 13 Manieren waarop de ergotherapeuten bekend zijn geraakt met de standaard (N=140)<sup>1</sup>

	percentage leden	percentage niet-leden	totaalpercentage
tijdschriftartikel	64	47	60
schriftelijk via beroepsvereniging	59	22	51
contacten met collega's	19	60	28
anders	15	2	17

<sup>1</sup> Meerdere antwoorden mogelijk

De meeste leden van de NVE zijn op de hoogte geraakt van de standaard door middel van een tijdschriftartikel of via de beroepsvereniging. Bij niet-leden spelen vooral contacten met collega's een rol bij het bekend worden met de standaard. Onder de categorie 'anders' worden manieren als bij een congres, cursus of werkgroep of via het hoofd van de afdeling genoemd.

Een meerderheid van de ergotherapeuten die op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard (62%) heeft de standaard in bezit. Van de 141 ergotherapeuten hadden 47 de standaard niet in bezit; 7 ergotherapeuten wisten niet of ze de standaard in bezit hebben. Ook hierbij bleek een verschil te zijn tussen leden en niet-leden van de NVE. Hoewel 71% van de leden de standaard in bezit heeft, heeft slechts 31% van de niet-leden deze in bezit. Dit verschil is significant met Pearson's Chi-kwadraat ( $p=0,000$ )

Aan de ergotherapeuten is gevraagd of ze wel eens WVG-adviezen geven. Hier antwoordden 70 ergotherapeuten (50%) positief op. Aan deze 70 ergotherapeuten is gevraagd of ze de inhoud van de standaard kennen. Zestien procent gaf aan dat ze de inhoud van de standaard helemaal kennen; dit bleken allemaal NVE-leden te zijn. 49% kent de inhoud globaal: 53% van de leden en 40% van de niet-leden. Ten slotte gaf 35% aan de inhoud niet te kennen: 25% van de leden en 60% van de niet-leden. In totaal zijn er daarmee 45 ergotherapeuten (37 leden en 8 niet-leden) die wel eens WVG-adviezen geven en de inhoud van de standaard (op z'n minst globaal) kennen.

Aan deze 45 ergotherapeuten is gevraagd of ze vinden dat scholing nodig is om de standaard te kunnen toepassen. Hier antwoordde 27% positief op; eveneens 27% heeft hierover geen mening en 46% vindt dat er geen scholing nodig is. Vervolgens is gevraagd of men activiteiten heeft ondernomen om de standaard te kunnen toepassen. Daarbij kwam naar voren dat 44% geen activiteiten heeft ondernomen om inzicht te krijgen in de standaard. Van degenen die wel activiteiten hebben ondernomen, is de belangrijkste activiteit het bespreken met collega's (30% van de ergotherapeuten die de standaard toepassen). Enkele ergotherapeuten hebben een presentatie op een congres bijgewoond ( $n=4$ ) of de standaard besproken in een toetsingsgroep ( $n=2$ ).

#### 4.2.3 Gebruik van de standaard

Zeventig ergotherapeuten gaven aan wel eens WVG-adviezen te geven. Het gaat hierbij om 1 tot 700 adviezen per jaar, met een gemiddelde van 86 adviezen ( $sd=141$ ). Aan de ergotherapeuten die wel eens WVG-adviezen geven en de inhoud van de standaard (enigszins) kennen ( $n=45$ ) is gevraagd of ze bij het aanvragen van WVG-voorzieningen te werk gaan volgens het stroomschema. De antwoorden op deze vraag zijn weergegeven in tabel 4 14.

Tabel 4 14 WVG-advisering volgens het stroomschema (N=42)

	Aantal	Percentage
altijd	6	14
bij meer dan 90% van de aanvragen	3	7
bij 50-90% van de aanvragen	9	22
bij 10-50% van de aanvragen	8	19
bij minder dan 10% van de aanvragen	2	5
nooit	14	33

Van de ergotherapeuten gaat 43% bij meer dan de helft van de aanvragen te werk volgens het stroomschema. Een meerderheid van de ergotherapeuten maakt bij minder dan de helft van de WVG-aanvragen gebruik van het stroomschema. Een derde van de ergotherapeuten maakt nooit gebruik van het stroomschema bij WVG-aanvragen.

Aan de ergotherapeuten is gevraagd of ze het stroomschema, het activiteitschema en de toelichting raadplegen bij het aanvragen van WVG-voorzieningen. De antwoorden op deze vraag zijn weergegeven in tabel 4.15

Tabel 4 15 Raadpleging van het stroomschema, het activiteitschema en de toelichting (in percentages) (N= 43)

	stroomschema	activiteitschema	toelichting
altijd	7	5	3
meestal	7	5	-
soms	37	33	39
nooit	49	57	59

Uit tabel 4 15 blijkt dat het stroomschema het meest wordt geraadpleegd. Bijna de helft raadpleegt het stroomschema echter nooit. Het activiteitschema en de toelichting worden door nog minder ergotherapeuten geraadpleegd.

#### *Onderdelen in de standaard*

In de standaard staan verschillende onderdelen genoemd die de ergotherapeuten zouden moeten uitvoeren bij de WVG-advisering. Zo staat onder andere vermeld dat men bij de analyse van de hulpvraag de verschillende gegevens moet toetsen aan het wegingskader. In de toelichting staat uitgelegd dat bij het wegen van de gegevens de normen en waarden van de adviseur een rol spelen. Daarbij wordt tevens genoemd dat het expliciteren van deze normen en waarden essentieel is om het advies transparant en toetsbaar te maken. In het activiteitschema zijn algemene elementen van het wegingskader beschreven.

Op basis van de standaard kan de ergotherapeut een advies uitbrengen in het kader van de WVG. In bijlage 3 van de toelichting staat beschreven hoe de rapportage met betrekking tot dit advies opgesteld dient te worden.

In tabel 4 16 is weergegeven in hoeverre de ergotherapeuten verschillende onderdelen in de standaard uitvoeren.

Tabel 4.16 Uitvoeren van verschillende onderdelen in de standaard (in percentages) (N=44)

	ja	soms	nee
inventariseren ziektebeeld, stoornissen en beperkingen in activiteiten	91	2	7
inventarisatie omgevingsfactoren	90	5	5
inventarisatie belemmeringen	93	2	5
toetsing aan het wegingskader	62	17	21
formuleren van het hulpverleningsdoel	57	26	17
bepalen of de oplossingsrichting een WVG-voorziening betreft	83	12	5
gebruik van de richtlijn voor adviesrapportage (bijlage 3)	20	23	58

Een grote meerderheid voert, conform de standaard, de onderdelen met betrekking tot het inventariseren van de verschillende gegevens uit. Ook bepaalt een ruime meerderheid of de oplossingsrichting een WVG-voorziening betreft. De toetsing aan het wegingskader en het formuleren van het hulpverleningsdoel wordt door minder ergotherapeuten uitgevoerd. Het gebruik van de richtlijn voor adviesrapportage zoals die in bijlage 3 van de standaard staat weergegeven wordt door een minderheid gebruikt. Opvallend is dat juist de elementen die karakteristiek zijn voor de standaard en niet vanzelfsprekend het werk van de ergotherapeuten beschrijft, zoals de toetsing aan het wegingskader en het gebruik van de richtlijn voor adviesrapportage, door minder ergotherapeuten worden uitgevoerd.

*Overeenkomst tussen de standaard en de werkwijze voordat de standaard er was*

De stappen in de standaard komen bij 50% van de ergotherapeuten overeen met de werkwijze voordat de standaard er was. Bij 45% komen de stappen gedeeltelijk overeen en bij 5% komen de stappen niet overeen met de oorspronkelijke werkwijze.

4.2.4 *Voor- en nadelen*

Aan de ergotherapeuten is gevraagd welke voordelen zij ondervinden bij het opvolgen van de standaard. Eveneens is gevraagd welke nadelen zij hierbij ondervinden en wat de verhouding is tussen de ervaren voor- en nadelen. De voor- en nadelen en de verhouding hiertussen is weergegeven in tabel 4.17.

Tabel 4 17 Voor- en nadelen bij het opvolgen van de standaard

	aantal	percentage
<b>voordelen (n=40)</b>		
landelijke overeenstemming in de WVG-advisering	20	50
waarborging van de kwaliteit van WVG-advisering	18	45
duidelijke stappen	13	33
geen	3	8
<b>nadelen (n=39)</b>		
tijdsinvestering	16	41
praktijk/afdeling hanteert eigen stappenplan	10	26
oneens met een deel van de stappen	4	10
te weinig ruimte voor eigen inbreng	2	5
geen	6	15
<b>verhouding tussen voor- en nadelen (n=37)</b>		
alleen voordelen	3	8
meer voordelen dan nadelen	21	57
evenveel voor- als nadelen	9	24
meer nadelen dan voordelen	2	5
alleen nadelen	2	5

De helft van de deelnemende ergotherapeuten vindt de landelijke overeenstemming in de WVG-advisering een voordeel bij het opvolgen van de standaard. Ook vindt 45% dat met het opvolgen van de standaard de kwaliteit van de WVG-advisering gewaarborgd wordt. Daarnaast vindt een derde het een voordeel dat de standaard duidelijke stappen aangeeft. Door 85% worden ook nadelen ondervonden bij het opvolgen van de standaard. Met name tijdgebrek wordt als een nadeel genoemd. Ook wordt door ruim een kwart genoemd dat de afdeling of praktijk een eigen stappenplan hanteert voor de WVG-advisering.

Het merendeel van de ergotherapeuten ondervindt vooral voordelen bij het opvolgen van de standaard. Tien procent ondervindt met name nadelen

#### 4.2.5 Mening over de standaard

Bij de ergotherapeuten is onderzocht wat hun mening is over de 'standaard WVG-advisering door ergotherapeuten'. Daartoe is gevraagd of ze het eens zijn met de inhoud van de standaard en in hoeverre de standaard een aanvulling is op hun kennis voordat de standaard er was. Ook is gevraagd of ze de standaard duidelijk vinden

##### *Eens met de inhoud*

Van de ergotherapeuten is 10% het helemaal eens met de inhoud van de standaard; 87% is het grotendeels eens en 3% is het grotendeels oneens met de inhoud van de standaard.

##### *Aanvulling op de kennis*

Het merendeel van de ergotherapeuten (52%) is van mening dat de standaard enigszins een aanvulling is op de kennis voordat de richtlijn er was. Negentien procent vindt dat de standaard geen aanvulling biedt en 10% vindt juist dat de standaard een grote aanvulling is op de kennis

##### *Duidelijkheid*

De standaard wordt door 67% helemaal duidelijk en door 33% enigszins duidelijk gevonden. Geen enkele responderende ergotherapeut vindt de standaard niet duidelijk

In tabel 4.18 is weergegeven hoe duidelijk de ergotherapeuten verschillende aspecten van de standaard vinden.

Tabel 4 18 Duidelijkheid van de verschillende aspecten in de standaard (in percentages) (N=39)

	helemaal duidelijk	enigszins duidelijk	niet duidelijk	weet niet
doel van de standaard	87	8	–	5
toetsing aan het wegingskader	45	34	13	8
toelichting op de ICDH-2	52	32	5	11
het taalgebruik in de standaard	79	16	–	5
het gebruik van verschillende kleuren	67	11	8	14
het stroomschema	87	8	–	5
het activiteitschema	68	21	3	8
de toelichting	59	26	3	12

Met uitzondering van de toetsing aan het wegingskader worden de verschillende aspecten door een meerderheid van de ergotherapeuten helemaal duidelijk gevonden. Het doel van de standaard, het stroomschema en het taalgebruik in de standaard wordt door een grote meerderheid helemaal duidelijk gevonden. Er is niemand die het doel, het stroomschema en het taalgebruik niet duidelijk vindt. Hoewel het gebruik van de verschillende kleuren in de standaard niet wordt uitgelegd, vindt een meerderheid dit toch duidelijk. De toetsing aan het wegingskader wordt door een relatief grote groep niet duidelijk gevonden. Ook de toelichting op de ICDH-2 is niet voor iedereen helemaal duidelijk

#### 4.2 6 Mening over het gebruik van standaarden in het algemeen

In tabel 4.19 is weergegeven hoe ergotherapeuten over het gebruik van standaarden in het algemeen denken.

Tabel 4 19 Mening over het gebruik van standaarden (percentages) (N=184)

	mee eens	deels eens, deels oneens	mee oneens
standaarden zijn van belang om een lijn onder ergotherapeuten te krijgen	85	13	2
standaarden leveren een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg	76	21	3
standaarden geven houvast in het dagelijks werk	75	22	3
standaarden zijn een professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroep	72	26	2
de NVE geniet mijn vertrouwen als verantwoordelijke voor de standaard	67	28	5
standaarden leveren een bijdrage aan doelmatiger en kostenbewuster werken	54	39	7
patienten zijn te verschillend voor uniforme standaarden	19	48	33
standaarden dwingen de ergotherapeut in een keurslijf	17	48	35
standaarden moeten verplicht worden	14	49	37
standaarden zijn zelden haalbaar in lokale situaties	11	46	44

Uit de tabel blijkt dat een meerderheid van de ergotherapeuten vindt dat standaarden van belang zijn om ergotherapeuten op een lijn te krijgen en een bijdrage leveren aan het

waarborgen van de kwaliteit van zorg. Ook vindt een meerderheid dat standaarden houvast geven in het dagelijks werk en een professionele verantwoordelijkheid zijn van de beroepsgroep. Ongeveer tweederde heeft vertrouwen in de NVE als verantwoordelijke voor de standaard. Daarbij vindt 37% dat standaarden niet verplicht moeten worden.

#### 4.2.7 Non-responsonderzoek

Evenals bij de fysiotherapeuten zijn ook de niet-responderende ergotherapeuten telefonisch benaderd met de vraag waarom zij niet gereageerd hebben. In totaal zijn er 132 ergotherapeuten gebeld met deze vraag. Ruime een derde van deze ergotherapeuten (37%) gaf aan dat ze niet meer wisten wat de reden voor het niet reageren was. Daarnaast gaf 32% aan dat ze geen tijd hadden om de vragenlijst in te vullen. Zes procent gaf aan dat ze (tijdelijk) niet werkzaam zijn. Vier procent gaf aan dat ze geen of nauwelijks WVG-adviezen geven.

Aan de non-responders is gevraagd of ze ergotherapeut-behandelaar, ergotherapeut-adviseur of beide zijn. Hierbij bleek dat 47% behandelaar is, 9% adviseur en 38% beide. De overige 6% gaf aan een andere functie te hebben. Van de respondenten was 54% behandelaar, 11% adviseur, 28% zowel behandelaar als adviseur en 7% had een andere functie.

Bijna driekwart (74%) van de non-responders is op de hoogte van het bestaan van de standaard WVG-advisering voor ergotherapeuten. Van de respondenten was 76% op de hoogte van het bestaan van deze standaard.

Van de non-responders gaf 63% wel eens WVG-adviezen. Bij de respondenten lag dit percentage op 50%. Tien procent van de non-responders kent de inhoud van de standaard helemaal, 56% kent de inhoud globaal en 22% kent de inhoud niet. Bij de respondenten lagen deze percentages respectievelijk op 16, 49 en 35.

In tabel 4.20 is weergegeven in hoeverre de non-responders die wel eens WVG-adviezen geven en de inhoud van de standaard enigszins kennen te werk gaan volgens de standaard.

Tabel 4.20 WVG-advisering volgens de standaard (n=35)

	aantal	percentage
altijd	7	20
meestal	12	34
in ongeveer de helft van de gevallen	1	3
soms	5	14
zelden	3	9
nooit	7	20

Aan de respondenten is deze vraag ook gesteld, maar op een iets andere, meer gedetailleerde, manier. Van de respondenten gaf 14% altijd te werk te gaan volgens de standaard. Wanneer de ergotherapeuten die in meer dan 90% van de aanvragen te werk gaan volgens de standaard hier bij geteld worden, komt dit percentage op 21%. Dit is vergelijkbaar met de 20% van de non-responders die aangeven altijd volgens de standaard te werk te gaan. Twintig procent van de non-responders geeft aan nooit volgens de standaard te werk te gaan. Bij de respondenten lag dit percentage op 33%.

Uit dit non-responsonderzoek blijkt dat de verschillen tussen respondenten en non-responders niet erg groot zijn en dat de bekendheid met en het gebruik van de standaard nauwelijks verschillen tussen respondenten en non-responders.

#### 4.2.8 Conclusie

Ruim driekwart van de ergotherapeuten is op de hoogte van het bestaan van de 'standaard WVG-advisering door ergotherapeuten'. Gebleken is dat met name NVE-leden op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard. De meeste leden zijn ook via de vereniging op de hoogte gesteld. Niet-leden zijn met name via contacten met collega's op de hoogte geraakt van de standaard. Een meerderheid van de ergotherapeuten heeft de standaard ook in bezit. Ook hier bleek een verschil te zijn tussen leden en niet-leden van de NVE. Leden hadden de standaard significant vaker in bezit dan niet-leden.

Slechts een minderheid van de ergotherapeuten die wel eens WVG-adviezen geven, gaat meestal te werk volgens de standaard. Van de standaard wordt het stroomschema het meest geraadpleegd. Het uitgebreidere activiteitenschema en de toelichting worden minder vaak geraadpleegd. Van de verschillende onderdelen in de standaard, worden de onderdelen die karakteristiek zijn voor de standaard minder vaak uitgevoerd dan de onderdelen die tot de algemene werkzaamheden van de ergotherapeut behoren. Er worden met name voordelen ondervonden bij het opvolgen van de standaard. De meeste aspecten in de standaard worden duidelijk gevonden. De toetsing aan het wegingskader wordt minder duidelijk gevonden. Dit is ook een van de onderdelen die minder vaak worden uitgevoerd. Over het algemeen zijn de ergotherapeuten vrij positief over het gebruik van standaarden.

### 4.3 Logopedisten

De standaarden voor het logopedisch proces zijn in 1996 uitgebracht door de NVLF. Deze standaarden beschrijven het proces van de logopedische behandeling in verschillende werkvelden. De standaarden zijn gericht op de volgende werkvelden: vrije vestiging, algemeen ziekenhuis, psycho-geriatrie afdeling binnen verpleeghuis, (somatisch) verpleeghuis, audiologisch centrum. Per werkveld is een set van standaarden ontwikkeld, waarin aangegeven staat hoe de logopedist in de verschillende aspecten van de behandeling dient te handelen. Deze standaarden zijn gebundeld in een document, waarin per werkveld de standaarden staan beschreven (NVLF, 1996).

De standaarden zijn destijds naar alle leden op wie de standaarden van toepassing zijn toegestuurd. Er heeft niet echt een implementatietraject plaatsgevonden. Dat vindt in het IKPZ-programma plaats samen met de standaarden voor het onderwijs.

#### 4.3.1 Algemene gegevens

##### Respons

Uit het ledenbestand van de NVLF is een aselecte steekproef getrokken van 200 logopedisten. Naar deze 200 logopedisten is een vragenlijst verstuurd. Hiervan zijn er 107 ingevuld geretourneerd. De respons bedroeg 54%<sup>6</sup>. In tabel 4.21 zijn het geslacht en de leeftijdsopbouw van de respondenten en de totale populatie van logopedisten weergegeven.

<sup>6</sup> Er waren drie logopedisten die niet meer werkten (in Nederland) of waarvan de vragenlijst retour afzender kwam.



Tabel 4 21 Geslacht en leeftijd van respondenten, vergeleken met de totale populatie van logopedisten (leden NVLF) (in percentages)

	respondenten (N=107)	totale populatie (N=2 972)*
Geslacht		
man	9	5
vrouw	91	95
Leeftijd		
<41	26	58
41-55	63	34
>55	12	8

\* Bron Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (Nivel, Prismant, OSA) 2000

Uit deze tabel blijkt dat er meer oudere logopedisten en iets meer mannen hebben gereageerd dan op grond van de landelijke gegevens verwacht mag worden. De uitkomsten van dit onderzoek dienen daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en kunnen niet zonder meer worden doorgetrokken naar de gehele populatie van logopedisten.

#### *Werkveld*

De helft van de deelnemende logopedisten werkt in een vrijevestigde praktijk. Verder werkt 48% in het onderwijs. De overige logopedisten werken met name intramuraal, in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeg- of verzorgingshuis.

#### *Gebruik van standaarden in het algemeen*

Ruim een derde van de deelnemende logopedisten (35%) maakt geen gebruik van standaarden; 21% maakt gebruik van eigen standaarden en 25% maakt gebruik van zowel eigen als landelijke standaarden. Ten slotte maakt 15% alleen gebruik van landelijke standaarden.

### 4 3.2 Bekendheid met de standaarden voor het logopedisch proces

Op de vraag of men op de hoogte is van het bestaan van de standaarden voor het logopedisch proces antwoordde 89% (93 logopedisten) positief. In tabel 4.22 is weergegeven hoe de logopedisten op de hoogte zijn geraakt van de standaarden.

Tabel 4 22 Manieren waarop de logopedisten op de hoogte zijn geraakt van de standaarden (N=93)<sup>1</sup>

	aantal	percentage
verenigingsblad	71	76
contacten met collega's	42	45
schriftelijk via beroepsvereniging	35	38
anders	28	30

<sup>1</sup> Meerdere antwoorden mogelijk

Ruim driekwart is op de hoogte geraakt van de standaarden door middel van een tijdschrift-artikel in het verenigingsblad. Bij bijna de helft hebben ook contacten met collega's een rol gespeeld bij bekend raken met de standaarden. Verder zegt 38% schriftelijk via de beroepsvereniging op de hoogte te zijn gesteld. Voor dertig procent waren er andere manieren waarop ze op de hoogte zijn gesteld. Hierbij ging het om manieren als via het hoofd van de afdeling of bij een congres, werkgroep of cursus.

Zestig procent van de logopedisten die op de hoogte zijn van het bestaan van de standaarden, heeft de standaarden in bezit; 29% heeft de standaarden niet in bezit en 11% weet het niet.

Aan de logopedisten is gevraagd of de logopedische standaarden op hun werkveld van toepassing zijn. Daarop antwoordden 53 logopedisten (58%) positief; voor 51% zijn de standaarden voor het logopedisch proces voor de vrije vestiging van toepassing en voor 7% de standaarden voor het logopedische proces binnen een algemeen ziekenhuis. De standaarden voor de overige werkvelden (psycho-geriatrische afdeling binnen een verpleeghuis, (somatisch) verpleeghuis en audiologisch centrum) werden niet genoemd.

Aan deze 53 logopedisten is gevraagd of ze de inhoud van de standaarden kennen. Daarbij gaf 27% aan dat ze de inhoud van de standaarden helemaal kennen en 60% dat ze de inhoud globaal kennen. In totaal zijn er daarmee 47 logopedisten voor wie de standaarden van toepassing zijn en die de inhoud van de standaarden (enigszins) kennen.

Aan deze 47 logopedisten is gevraagd of ze vinden dat scholing nodig is om de standaarden te kunnen toepassen. Daarbij gaf 46% aan dat ze vinden dat hiervoor geen scholing nodig is; 33% vindt dat er wel scholing nodig is en 22% heeft hierover geen mening. Vervolgens is aan deze logopedisten gevraagd of ze activiteiten hebben ondernomen om inzicht te krijgen in de standaarden. In totaal antwoordde 76% positief op deze vraag. De ondernomen activiteiten betreffen met name: het bespreken met collega's (51% van de logopedisten op wie de standaarden van toepassing zijn en die de inhoud kennen), het volgen van een themamiddag of workshop (27%) en het bespreken in een intercollegiaal overleg (20%),

#### 4.3.3 Gebruik van de standaarden

In tabel 4.23 is weergegeven in hoeverre logopedisten patiënten behandelen volgens de standaarden.

Tabel 4.23 behandeling volgens de standaarden (N=43)

	Aantal	Percentage
altijd	7	17
bij meer dan 90% van de hulpvragers	6	14
bij 50-90% van de hulpvragers	12	28
bij 10-50% van de hulpvragers	13	30
bij minder dan 10% van de hulpvragers	4	9
nooit	1	2

Een meerderheid van de logopedisten (59%) behandelt meer dan de helft van de hulpvragers volgens de standaarden. Bijna een derde behandelt (vrijwel) altijd volgens de standaarden. Elf procent behandelt (vrijwel) nooit volgens de standaarden.

Vervolgens is gevraagd of de logopedisten de standaarden ook raadplegen bij de behandeling. Het merendeel (69%) raadpleegt de standaarden soms en 24% raadpleegt de standaarden nooit. Vier procent gaf aan de standaarden altijd te raadplegen en 2% meestal.

Ook is gevraagd of er andere activiteiten zijn waarbij de logopedisten de standaarden gebruiken. Hier antwoordde 62% positief op. De standaarden worden vooral gebruikt bij intercollegiale toetsing (44%) en andere werkgroepbijeenkomsten (20%). Ook worden de standaarden wel eens gebruikt bij de evaluatie van de behandeling of bij casusbesprekingen (beide 6%).

In tabel 4.24 is weergegeven in hoeverre de logopedisten de verschillende handelingen in de standaarden uitvoeren.

Tabel 4.24 Uitvoeren van verschillende handelingen in de standaarden (in percentages) (N=45)

	ja	soms	nee
de logopedist informeert de hulpvrager (en/of zijn omgeving) over de opzet, de inhoud en het doel van het logopedisch onderzoek	100	–	–
de logopedische diagnose in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps worden gedefinieerd volgens het ICDH-model	82	16	2
de logopedist registreert schriftelijk de conclusies uit de diagnosestelling	93	7	–
de logopedist overweegt welke psycho-sociale factoren van invloed zijn op de logopedische behandelmogelijkheden	80	20	–
de logopedist legt het verloop van de logopedische behandeling vast	93	7	–

Een grote meerderheid voert de genoemde handelingen zoals die in de standaarden genoemd staan uit. Alle logopedisten informeren de hulpvrager (en/of zijn omgeving) over de opzet, de inhoud en het doel van het logopedisch onderzoek. Iets minder vaak wordt de diagnose gecodeerd volgens het ICDH-model. Ook worden niet altijd overwogen welke psycho-sociale factoren van invloed kunnen zijn op de behandelmogelijkheden.

*Overeenkomst tussen de standaarden en de behandeling voordat de standaarden er waren*  
 Voor ruim de helft van de logopedisten (52%) komen de handelingen in de standaarden ten dele overeen met de handelingen voordat de standaarden er waren. Voor 48% komen de handelingen helemaal overeen.

#### 4.3.4 Voor- en nadelen

De ervaren voor- en nadelen bij het gebruik van de standaarden zijn weergegeven in tabel 4.25. Ook is de verhouding tussen de voor- en nadelen hierbij weergegeven.

Tabel 4 25 Voor- en nadelen bij het opvolgen van de standaard

	aantal	percentage
<b>voordelen (n=44)</b>		
landelijke overeenstemming in de stappen die in de behandeling worden genomen	35	80
waarborging kwaliteit van de behandeling	21	48
eenheid van taal	21	48
duidelijke handelingen	14	32
geen	1	3
<b>nadelen (n=45)</b>		
tijdsinvestering	23	51
te weinig ruimte voor eigen inbreng	8	18
sluit niet aan bij eigen wijze van (be)handelen	7	16
oneens met een deel van de handelingen	5	11
praktijk/afdeling hanteert eigen standaard	2	4
geen	12	27
<b>verhouding tussen voor- en nadelen (n=41)</b>		
alleen voordelen	6	15
meer voordelen dan nadelen	21	51
evenveel voor- als nadelen	11	27
meer nadelen dan voordelen	3	7
alleen nadelen	-	-

Bijna alle deelnemende logopedisten ondervinden voordelen bij het handelen volgens de standaarden. Landelijke overeenstemming in de stappen die in de behandeling worden genomen wordt door een meerderheid als voordeel gezien. Daarnaast vindt bijna de helft het een voordeel dat met de standaarden de kwaliteit van de behandeling gewaarborgd wordt. Ook eenheid van taal wordt door bijna de helft als voordeel gezien.

Ongeveer driekwart ondervindt ook nadelen bij het handelen volgens de standaarden. Hierbij gaat het met name om tijdgebrek. Ook vindt een aantal logopedisten het een nadeel dat de standaarden niet aansluiten bij de eigen wijze van (be)handelen. Elf procent is het oneens met een deel van de handelingen.

Wanneer vervolgens wordt gekeken naar de ervaren verhouding tussen de voor- en nadelen, dan blijkt dat 66% vooral voordelen ondervindt bij het opvolgen van de standaarden. Slechts 7% ervaart met name nadelen.

#### 4.3.5 Mening over de standaarden

Om de mening van de logopedisten over de standaarden te onderzoeken is geïnventariseerd in hoeverre de logopedisten het eens zijn met de inhoud van de standaarden, of ze van mening zijn dat de standaarden een aanvulling zijn geweest op de kennis van voordat de standaarden er waren en of ze de standaarden duidelijk vinden.

##### *Eens met de inhoud*

Achttien procent van de logopedisten is het helemaal eens met de inhoud van de standaarden; 82% is het grotendeels eens met de inhoud. Hieruit blijkt dat niemand van de logopedisten het oneens is met de inhoud van de standaarden.

#### *Aanvulling op de kennis*

Een meerderheid van de logopedisten (65%) is van mening dat de standaarden enigszins een aanvulling hebben gevormd op hun kennis voordat de standaarden er waren. Vijf procent vindt dat de standaarden een grote aanvulling vormen en 24% is van mening dat de standaarden geen aanvulling hebben gevormd op hun kennis voordat de standaarden er waren.

#### *Duidelijkheid*

De meeste logopedisten (72%) vinden de standaarden over het geheel genomen helemaal duidelijk. De overige 28% vindt de standaarden enigszins duidelijk. In tabel 4 26 is weergegeven hoe de logopedisten denken over de duidelijkheid van de verschillende aspecten in de standaarden.

Tabel 4 26 Duidelijkheid van de verschillende aspecten in de standaarden (in percentages) (N=45)

	helemaal duidelijk	enigszins duidelijk	niet duidelijk	weet niet
doel van de standaard	74	22	2	2
handelingen in de standaard	67	31	–	2
vastleggen van de logopedische diagnose volgens de ICDH-2	65	25	7	2
de aard van de nazorg die de logopedist zou moeten verlenen	52	21	14	12
het taalgebruik in de standaard	70	23	2	5

Uit de tabel blijkt dat de meerderheid de bovengenoemde aspecten helemaal duidelijk vindt. Het doel van de standaarden wordt het meest duidelijk gevonden. De handelingen in de standaarden vindt iedereen duidelijk. Ook het taalgebruik wordt over het algemeen duidelijk gevonden. De beschrijving van de aard van de nazorg wordt het minst duidelijk gevonden.

#### 4.3.6 *Meningen over het gebruik van standaarden in het algemeen*

In tabel 4 27 is weergegeven hoe de logopedisten over het gebruik van standaarden in het algemeen denken.

Tabel 4 27 Meningen over het gebruik van standaarden (percentages) (N=100)

	mee eens	deels eens, deels oneens	mee oneens
standaarden zijn van belang om een lijn onder logopedisten te krijgen	78	17	5
standaarden geven houvast in het dagelijks werk	70	24	6
standaarden zijn een professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroep	67	25	8
de NVLF geniet mijn vertrouwen als verantwoordelijke voor de standaarden	65	28	7
standaarden leveren een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg	62	25	13
standaarden leveren een bijdrage aan doelmatiger en kostenbewuster werken	47	41	12
standaarden dwingen de logopedist in een keurslijf	31	42	27
standaarden moeten verplicht worden	31	51	18
patienten zijn te verschillend voor uniforme standaarden	30	41	28
standaarden zijn zelden haalbaar in lokale situaties	15	49	36

Het merendeel van de logopedisten is van mening dat standaarden van belang zijn om logopedisten op een lijn te krijgen. Ook vindt een meerderheid dat standaarden houvast geven in het dagelijks werk en een professionele verantwoordelijkheid zijn van de beroepsgroep. Daarbij hebben de meeste deelnemende logopedisten vertrouwen in de NVLF als verantwoordelijke voor de standaarden. Tevens leveren standaarden volgens een grote groep logopedisten een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Over het verplicht worden van standaarden heeft de helft van de logopedisten geen uitgesproken mening; een derde vindt dat richtlijnen verplicht moeten worden. Over in hoeverre standaarden zelden haalbaar zijn in lokale situaties heeft ongeveer de helft ook geen uitgesproken mening. De meningen zijn verdeeld over de stelling dat patiënten te verschillend zijn voor uniforme standaarden.

#### 4.3.7 Conclusie

Een meerderheid van de logopedisten bleek op de hoogte te zijn van het bestaan van de standaarden voor het logopedisch proces. De meeste logopedisten zijn op de hoogte geraakt door de beroepsvereniging, ofwel via een artikel in het verenigingsblad, ofwel schriftelijk. Zestig procent van de logopedisten heeft de standaarden in bezit. Op het werkveld van iets minder logopedisten zijn de standaarden van toepassing. Dit is begrijpelijk, aangezien de standaarden naar de logopedisten zijn gestuurd op wie de standaarden van toepassing zijn. Logopedisten uit andere werkvelden hebben de standaarden niet toegestuurd gekregen. Een meerderheid van de logopedisten die de standaarden in bezit hebben, kent de inhoud van de standaarden op z'n minst globaal.

Bijna een derde van de logopedisten op wie de standaarden van toepassing zijn behandelt de hulpvragers (bijna) altijd volgens de standaarden. Daarnaast behandelt ruim een kwart van de logopedisten een meerderheid van de hulpvragers volgens de standaarden. De standaarden worden daarbij soms geraadpleegd. Over het algemeen worden vooral voordelen ondervonden bij het opvolgen van de standaarden. Ook worden de verschillende aspecten in de standaarden over het algemeen duidelijk gevonden. De logopedisten waren over het algemeen vrij positief over het gebruik van standaarden.

#### 4.4 Diëtisten

In 1988 is het 'POR-model' (POR= Probleem geOrienteerd Registreren) uitgebracht door de NVD (NVD, 1988). In 1998 is er een nieuwe basis voor het POR-model uitgebracht. Dit model is een richtlijn voor het registreren van gegevens van de dietistische behandeling. Het nieuwe POR-model bestaat uit een document waarin alle te registreren gegevens vermeld staan. Hoewel het POR-model uit 1988 een uitgebreide handleiding met toelichting bevat, is dit bij het nieuwe POR-model niet het geval. Deze toelichting zal nog worden ontwikkeld op basis van de classificatie- en codelijsten; deze lijsten waren in 1998 nog niet gereed. Het nieuwe POR-model bevat meer categorieën voor de registratie van gegevens dan het vorige POR-model. Het nieuwe POR-model bestaat uit de volgende onderdelen: aanmelding, dietistisch onderzoek, dietistische diagnose, behandelplan/behandeling, evaluatie en afsluiting. Binnen deze onderdelen zijn verschillende categorieën voor de te registreren gegevens opgenomen (NVD, 1998).

Ter implementatie van het nieuwe POR-model zijn weinig activiteiten ondernomen, omdat veel dietisten al gebruik maakten van het oude POR-model. Verwacht werd dat de gebruikers van het oude POR-model zouden overstappen op het nieuwe POR-model. Het nieuwe POR-model is op schrift gesteld en toegestuurd aan alle leden. Verder is een bericht over het nieuwe POR-model in het NVD-nieuws verschenen en is in een ALV melding gemaakt van de vernieuwing van het POR-model.

#### 4 4.1 Algemene gegevens

##### Respons

In totaal zijn er 200 vragenlijsten naar dietisten gestuurd. Daarvan zijn er 95 ingevuld geretourneerd. De respons bedroeg 48%<sup>7</sup>. In tabel 4.28 zijn het geslacht en de leeftijdsopbouw van de respondenten weergegeven. Omdat deze gegevens niet bekend zijn van de totale populatie werkzame dietisten, kan hiermee geen vergelijking worden gemaakt.

Tabel 4 28 Geslacht en leeftijdsverdeling van de responderende dietisten (in percentages)

	respondenten (N=95)
Geslacht	
man	1
vrouw	99
Leeftijd	
<40	65
40-54	32
>54	3

Een overgrote meerderheid van de respondenten is vrouw. Met name dietisten onder de veertig jaar hebben gereageerd.

##### Werkveld

De deelnemende dietisten werken voornamelijk in een ziekenhuis (48%) of in de thuiszorg of het kruiswerk (28%). Verder werkt 12% in een verpleeg- of verzorgingshuis en 10% in een vrijevestigde praktijk. Ook zijn er enkele dietisten die in het onderwijs of in de industrie werken.

##### Gebruik van protocollen in het algemeen

De dietisten gebruiken zowel eigen protocollen als landelijke protocollen. Negentien procent gebruikt alleen eigen protocollen, 41% gebruikt zowel eigen als landelijke protocollen en 17% gebruikt alleen landelijke protocollen. Dertien procent gaf aan geen protocollen te gebruiken. Anderen gaven aan regionaal opgestelde protocollen te gebruiken.

##### Registratie van gegevens

De meeste dietisten (81%) leggen hun gegevens handmatig vast. Elf procent gebruikt een eigen geautomatiseerd systeem en 5% gebruikt een landelijk geautomatiseerd systeem. Verder geven enkele dietisten aan zowel handmatig als geautomatiseerd te registreren.

#### 4 4.2 Bekendheid met het POR-model

Ruim driekwart van de responderende dietisten (76%) is op de hoogte van het bestaan van het nieuwe POR-model. In tabel 4.29 is weergegeven hoe de dietisten op de hoogte zijn geraakt van het bestaan van dit nieuwe POR-model.

<sup>7</sup> Er waren vijf dietisten waarvan de vragenlijsten retour afzender kwam, of die niet meer werkzaam waren in Nederland.

Tabel 4 29 Manieren waarop de dietisten bekend zijn geraakt met het nieuwe POR-model (N=70)

	aantal	percentage
verenigingsblad	58	83
schriftelijk via beroepsvereniging	26	37
contacten met collega's	29	41
anders	13	19

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de dietisten met name op de hoogte zijn geraakt van het nieuwe POR-model door een artikel in het verenigingsblad. Contacten met collega's hebben tevens een rol gespeeld bij ruim veertig procent. Daarnaast zegt 37% schriftelijk via de beroepsvereniging op de hoogte te zijn gesteld. Andere manieren waarop men bekend is geraakt met de POR zijn onder andere op de opleiding en via het hoofd van de afdeling.

Van de respondenten die op de hoogte zijn van het bestaan van het nieuwe POR-model heeft 47% (33 dietisten) dit POR-model ook in bezit. Zes dietisten gaven aan niet te weten of ze dit POR-model in bezit hebben en de overige 44% gaf aan dit POR-model niet in bezit te hebben.

Van de groep dietisten die op de hoogte is van het nieuwe POR-model gaf 17% aan de opzet helemaal te kennen; 59% gaf aan de opzet globaal te kennen. In totaal zijn er daarmee 53 dietisten die de opzet van het POR-model (enigszins) kennen.

Aan deze 53 dietisten is gevraagd of ze vinden dat bijscholing nodig is om te leren registreren volgens het nieuwe POR-model. Hier antwoordde een kwart van de respondenten (13 dietisten) positief op; 47% vindt niet dat bijscholing nodig is en 28% heeft hierover geen mening. Ongeveer de helft van deze dietisten (26 dietisten) had zelf geen activiteiten ondernomen om inzicht te krijgen in het nieuwe POR-model. De activiteiten die de overige 27 dietisten hebben ondernomen om inzicht te krijgen in dit POR-model betreffen met name het bespreken met collega's (n=24) en het bespreken in een toetsingsgroep (n=5).

#### 4.4.3 Gebruik van het POR-model

In totaal bleken er negen dietisten te zijn die het nieuwe POR-model gebruiken als basis voor hun registratie. Vijftig dietisten gebruiken het POR-model van 1988 om hun gegevens te registreren en de overige dietisten hanteren een ander systeem van registratie.

Aan de dietisten is een aantal vragen gesteld over het gebruik van het POR-model. Deze vragen zijn zowel gesteld aan de dietisten die het nieuwe POR-model gebruiken als aan de dietisten die het oude POR-model gebruiken. In tabel 4.30 is weergegeven welke categorieën, zoals die zijn weergegeven in het POR-model, door de dietisten geregistreerd worden.

Tabel 4 30 Registratie van verschillende categorieën (N=59) (in percentages)

	ja	soms	nee
medische diagnose	97	3	-
hulpvraag van de patient	57	43	-
dietistische diagnose	88	12	-
doelstelling behandeling	80	20	-
behaalde resultaten	78	21	2
aantal consulten	73	22	5



Uit tabel 4.30 blijkt dat bijna alle dietisten de medische diagnose vastleggen; slechts drie procent legt deze diagnose niet altijd vast. De dietistische diagnose, de doelstelling van de behandeling, de behaalde resultaten en het aantal consulten wordt eveneens door een grote meerderheid geregistreerd. De hulpvraag van de patient wordt door een minder grote meerderheid altijd vastgelegd.

#### 4.4.4 Voor- en nadelen

In tabel 4.31 zijn de voor- en nadelen en de verhouding tussen de voor- en nadelen die de dietisten ondervinden bij het registreren volgens het POR-model weergegeven. Het kan hierbij zowel om het oude als het nieuwe POR-model gaan.

Tabel 4.31 Voor- en nadelen bij het opvolgen van de POR

	aantal	percentage
<b>voordelen (n=59)</b>		
bevordert methodisch handelen	55	93
mogelijkheid voor goede overdracht van patienten	52	88
mogelijkheid om effecten van het handelen systematisch na te gaan	32	54
gegevens kunnen gebruikt worden voor intercollegiale toetsing	29	49
duidelijke categorieën	19	32
landelijke overeenstemming in de registratie	18	31
geen	-	-
<b>nadelen (n=58)</b>		
tijdsinvestering	20	35
onvolledige categorieën	18	31
te weinig ruimte voor eigen inbreng	13	22
onduidelijke categorieën	11	19
oneens met een deel van de te registreren gegevens	7	12
geen	8	14
<b>verhouding tussen voor- en nadelen (n=59)</b>		
alleen voordelen	12	20
meer voordelen dan nadelen	47	80
evenveel voor- als nadelen	-	-
meer nadelen dan voordelen	-	-
alleen nadelen	-	-

De belangrijkste voordelen betreffen de bevordering van het methodisch handelen en de mogelijkheid voor een goede overdracht van patienten. Ruim de helft vindt het een voordeel dat met het registreren volgens het POR-model de mogelijkheid bestaat om de effecten van het handelen systematisch na te gaan. Ook vindt ongeveer de helft het een voordeel dat de gegevens gebruikt kunnen worden voor intercollegiale toetsing.

Ook worden er door de meerderheid nadelen ondervonden bij het registreren volgens de POR. Ruim een derde van de deelnemende dietisten ervaart tijdgebrek als nadeel. Ook vindt bijna een derde dat de POR onvolledige categorieën bevat. Te weinig ruimte voor eigen inbreng en onduidelijke categorieën worden beide door ongeveer een vijfde genoemd.

De deelnemende dietisten zijn allen van mening dat de nadelen niet opwegen tegen de voordelen.

#### 4.4.5 Mening over het POR-model

##### *Eens met de inhoud*

Veertien procent is het helemaal eens met de inhoud van het POR-model wat ze gebruiken; 83% is het grotendeels eens. De overige 3% is het grotendeels oneens met de inhoud van het POR-model.

##### *Duidelijkheid van het POR-model*

Van de 53 dietisten die het nieuwe POR-model kennen, gaf 37% aan dit POR-model helemaal duidelijk te vinden. De overige 63% vindt dit POR-model enigszins duidelijk. Aan de dietisten is over een aantal aspecten gevraagd hoe duidelijk die gevonden worden. Hierbij is gevraagd naar het POR-model dat ze gebruiken; dit kan zowel het oude als het nieuwe POR-model zijn. Tabel 4.32 bevat een overzicht van de antwoorden op deze vraag.

Tabel 4.32 Duidelijkheid van de verschillende aspecten in het POR-model (in percentages) (N=57)

	helemaal duidelijk	enigszins duidelijk	niet duidelijk	weet niet
doel van registreren met het POR-model	82	16	2	
categorieen in het POR-model	60	33	7	
het taalgebruik in het POR-model	58	35	2	5
toelichting van het POR-model	48	39	4	9

Het doel van het registreren met het POR-model wordt over het algemeen duidelijk gevonden. Ook de categorieen in het POR-model worden door een meerderheid helemaal duidelijk gevonden, 33% vindt deze categorieen echter niet helemaal duidelijk en 7% vindt ze niet duidelijk. Het taalgebruik in het POR-model wordt ook door een meerderheid helemaal duidelijk gevonden. Ook hierbij is echter een vrij grote groep voor wie dit niet helemaal duidelijk is. De toelichting van het POR-model wordt het minst duidelijk gevonden, minder dan de helft vindt de toelichting helemaal duidelijk.

#### 4.4.6 Mening over het gebruik van protocollen in het algemeen

In tabel 4.33 is weergegeven hoe de dietisten over het gebruik van protocollen in het algemeen denken

Tabel 4.33 Meningen over het gebruik van protocollen (percentages) (N=95)

	mee eens	deels eens, deels oneens	mee oneens
protocollen leveren een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg	87	11	2
protocollen zijn een professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroep	86	12	2
protocollen zijn van belang om een lijn onder dietisten te krijgen	81	19	–
protocollen geven houvast in het dagelijks werk	77	21	2
de NVD geniet mijn vertrouwen als verantwoordelijke voor toekomstige protocollen	69	29	2
protocollen leveren een bijdrage aan doelmatiger en kostenbewuster werken	66	32	2
protocollen moeten verplicht worden	43	33	24
protocollen zijn zelden haalbaar in lokale situaties	28	56	16
patienten zijn te verschillend voor uniforme protocollen	14	25	61
protocollen dwingen de dietist in een keurslijf	13	29	58

Een overgrote meerderheid van de dietisten is van mening dat protocollen een bijdrage leveren aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg en een professionele verantwoordelijkheid zijn van de beroepsgroep. Ook vindt ruim 80% dat protocollen van belang zijn om een lijn onder dietisten te krijgen. Volgens 77% geven protocollen houvast in het dagelijks werk en 69% heeft vertrouwen in de NVD als verantwoordelijke voor toekomstige protocollen. Ook is een meerderheid het er mee eens dat protocollen een bijdrage leveren aan doelmatiger en kostenbewuster werken. Over het al dan niet verplicht worden van protocollen zijn de meningen verdeeld. Over de stelling dat protocollen zelden haalbaar zijn in lokale situatie heeft het merendeel van de dietisten geen duidelijke mening. Het merendeel van de dietisten vindt niet dat patienten te verschillend zijn voor uniforme protocollen en dat protocollen de dietist in een keurslijf dwingen.

#### 4.4.7 Conclusie

Ruim driekwart van de dietisten is op de hoogte van het bestaan van het nieuwe POR-model. De meesten zijn op de hoogte gesteld door de beroepsvereniging, via een artikel in het verenigingsblad of schriftelijk. Iets minder dan de helft van de dietisten heeft dit POR-model ook in bezit. Meer dietisten gaven echter aan de opzet van het POR-model te kennen. Slechts een kleine minderheid van de dietisten gebruikt het nieuwe POR-model als basis voor hun registratie. Dit komt mogelijk doordat dit POR-model geen toelichting bevat. Het oudere POR-model, uit 1988, wordt daarentegen veel vaker gebruikt. Deze bevat ook een uitgebreide handleiding met toelichting. Alle dietisten geven aan vooral voordelen te ondervinden bij het opvolgen van het POR-model. Het nieuwe POR-model wordt door de meerderheid van de dietisten niet helemaal duidelijk gevonden. Over het algemeen zijn de dietisten vrij positief over het gebruik van protocollen.

66

## 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport is verslag gedaan van de evaluatie van thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen' binnen het programma BKPZ (Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg). Deze evaluatie had zowel betrekking op het proces, de resultaten als de implementatie. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten nogmaals gepresenteerd en worden naar aanleiding hiervan conclusies getrokken. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de laatste onderzoeksvraag:

– *welke stappen moeten nog ondernomen worden voor implementatie in de praktijk?*

Binnen het thema 'richtlijnen, standaarden en protocollen' hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden voor negen paramedische beroepsgroepen, te weten: dietisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygienisten, orthoptisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten. Naast de ontwikkeling van richtlijnen, zijn er databanken van beschikbare richtlijnen opgezet. Tevens heeft er voor een aantal beroepsgroepen onderzoek plaatsgevonden naar de behoefte aan richtlijnen of is geïnventariseerd welke onderwerpen zich lenen voor richtlijnontwikkeling. De projecten zijn door drie begeleidende instanties in samenwerking met de paramedische beroepsverenigingen uitgevoerd. Het NPi heeft projecten uitgevoerd voor de dietisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygienisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten. Het CBO heeft projecten uitgevoerd voor de dietisten en de orthoptisten. Het project van de logopedisten is uitgevoerd door de HAN. Voor een compleet overzicht van de activiteiten per beroepsgroep wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

### 5.1 Procesevaluatie

Voorafgaand aan het BKPZ-programma is door het Nivel geïnventariseerd wat het plan van aanpak voor de verschillende projecten was. Ook is nagegaan welke streefdoelen waren gesteld.

Voorafgaand aan de projecten is het plan van aanpak met de beroepsgroepen afgestemd en nader ingevuld. Afgezien van enkele wijzigingen is het plan van aanpak bij alle projecten grotendeels gevolgd. Wel bleek dat de helft van de projecten is uitgelopen, soms zelfs een tot twee jaar. Dit kwam onder andere doordat projectleiders bij meerdere projecten betrokken waren en doordat werkgroepleden geen ervaring hadden met projectmatig werken. Ook bleek de begroting van verschillende projecten krap te zijn.

Op basis van de resultaten uit de eindevaluatie van het BKPZ-programma is nagegaan of de streefdoelen zijn gerealiseerd. Hierbij bleek dat 18 van de 25 streefdoelen gerealiseerd zullen worden en dat één streefdoel gedeeltelijk is gerealiseerd. In totaal zijn 16 richtlijnen, 3 databanken voor richtlijnen en verscheidene andere instrumenten ontwikkeld. Zes streefdoelen konden niet worden gerealiseerd binnen het BKPZ-programma. Dit betekent dat een kwart van de streefdoelen niet realistisch is gebleken. Dit heeft een aantal oorzaken. Voor de ergotherapeuten zijn drie in plaats van vier standaarden ontwikkeld, wegens financieringsproblemen. Mogelijk valt er nog een standaard af, omdat de NVE niet tevreden is over het eindresultaat van deze standaard. Ook is er voor de ergotherapeuten geen implementatieplan ontwikkeld, omdat er geen geld voor is. Voor de logopedisten bleek het niet zinvol om een kwaliteitsmeet-

instrument te ontwikkelen, waarmee het handelen van logopedisten getoetst kan worden aan de standaarden. Al bij aanvang van het BKPZ-programma kon er geen overeenstemming worden bereikt over het ontwikkelen van richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar. De concept-richtlijnen die onder begeleiding van het NPi zijn ontwikkeld worden door de VBC aangepast tot definitieve richtlijnen. Het NPi distantieert zich van de definitieve richtlijnen die de VBC ontwikkelt. Voor de orthoptisten bleek het niet haalbaar om een geautomatiseerd systeem voor gegevensverzameling op praktijkniveau te ontwikkelen. Voor de podotherapeuten ten slotte is wegens capaciteitsproblemen geen artsenwijzer ontwikkeld. Bovendien is voor deze beroepsgroep geen onderzoek verricht om na te gaan of een patientenwijzer gewenst en haalbaar is.

Aan de hand van interviews met werkgroepleden van de verschillende beroepsgroepen en projectleiders van de begeleidende instanties is nagegaan wat de ervaringen zijn met de verschillende projecten. Hieruit kwam naar voren dat de meeste projecten naar tevredenheid van de werkgroepleden en de projectleiders zijn verlopen. Over de resultaten waren de meeste werkgroepleden tevreden. Wel bleek de samenwerking tussen beroepsgroepen onderling en tussen een aantal beroepsverenigingen en de begeleidende instantie niet optimaal te zijn verlopen. De geplande samenwerking tussen de werkgroepen van fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck heeft nauwelijks plaatsgevonden. De oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck hebben vooral geprofiteerd van de projecten voor fysiotherapeuten. Tussen de beroepsverenigingen en het NPi bleek een aantal misverstanden te bestaan. Enkele verenigingen hadden een ander idee over de ontwikkeling van de producten dan het NPi. Ook uit de eindevaluatie van het BKPZ-programma kwamen enkele meningsverschillen tussen de beroepsgroepen en het NPi naar voren (Hofhuis e.a., 2001). Het project voor de dietisten heeft door projectuitbreiding meer geld gekost dan gepland; het NPi heeft de aanvullende kosten bijgelegd. Bij de NVOM was er onduidelijkheid over de te verwachten eindproducten, waardoor de richtlijnen niet geheel voldoen aan de verwachtingen die men aanvankelijk had. Hoewel het NPi van mening is dat de richtlijnen voor de oefentherapeuten Cesar volwaardige richtlijnen zijn, gaat de VBC deze richtlijnen nog naar eigen inzicht aanpassen. De NVE vindt de ontwikkelde richtlijnen te uitgebreid en moeilijk toepasbaar in de praktijk. Naar de mening van de NVM is de richtlijn over de diagnostiek van de aanwezigheid van lichte tot matige tandsteen ingewikkelder geworden dan verwacht; de richtlijn is teveel uitgewerkt (Hofhuis e.a., 2001).

Om voor de ontwikkelde instrumenten een draagvlak te creëren, zijn gedurende de meeste projecten verschillende activiteiten uitgevoerd. Zo zijn de instrumenten aangeboden aan de beroepsgroep en zijn sommige richtlijnen in de praktijk getest waardoor een grote groep beroepsbeoefenaren betrokken is geweest bij het ontwikkelproces van de richtlijnen. Tevens zijn er artikelen geschreven en zijn de instrumenten gepresenteerd op congressen en symposia. Over de daadwerkelijke implementatie zijn door meer dan de helft van de werkgroepen nog geen duidelijke ideeën ontwikkeld. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat de implementatie vooral plaatsvindt in het IKPZ-programma. Voor een aantal producten zijn al wel implementatieplannen geschreven.

## **5.2 Evaluatie van de resultaten**

Binnen het BKPZ-programma zijn verschillende richtlijnen ontwikkeld. De evaluatie van de resultaten heeft betrekking op de kwaliteit van de richtlijnen. Om te onderzoeken of de richtlijnen een goede kwaliteit hebben, zijn ze geanalyseerd aan de hand van een internationaal beoordelingsinstrument (Cluzeau e.a., 1999). Met behulp van dit beoordelingsinstrument kan onderzocht worden of de richtlijnen voldoen aan de eisen van een kwalitatief goede richtlijn. Het beoordelingsinstrument bevat 37 vragen die gericht zijn op drie dimensies van kwaliteit, namelijk de ontwikkelingsmethode, het kader en de inhoud en de toepassing van de richtlijn.

Uit de beoordeling van de in het BKPZ-programma ontwikkelde richtlijnen bleek dat de richtlijnen met name een goede kwaliteit hebben met betrekking tot het kader en de inhoud. Over de toepassing van de richtlijnen is de minste informatie in de richtlijnen opgenomen. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van 60 medische richtlijnen uit Groot-Brittannië die de ontwikkelaars van het beoordelingsinstrument hebben beoordeeld. Ook daar bleken de richtlijnen het hoogst te scoren op het kader en de inhoud en het minst op de toepassing van de richtlijn. De BKPZ-richtlijnen scoorden echter gemiddeld hoger dan de Britse richtlijnen. Dit wil zeggen dat de kwaliteit van de BKPZ-richtlijnen gunstiger uitvalt dan die van de Britse richtlijnen. De BKPZ-richtlijnen bevatten meer informatie over alle drie dimensies dan de Britse richtlijnen.

Met betrekking tot de ontwikkelingsmethode van de richtlijnen bleek dat geen enkele paramedische beroepsgroep informatie had opgenomen over de mogelijke invloed van de subsidieverstrekkers. Voor de gebruikers van de richtlijnen is het echter wel belangrijk om te weten in hoeverre subsidieverstrekkers invloed hebben gehad op de ontwikkeling, of dat de richtlijn zo objectief mogelijk is opgesteld. Hoewel Cluzeau e.a. stellen dat in de ontwikkelgroep van de richtlijnen alle relevante disciplines (inclusief verwijzers en patienten) zitting hebben, was dit bij geen enkele paramedische richtlijn het geval. Projectleiders waren ook van mening dat dit niet gewenst is, omdat het om monodisciplinaire richtlijnen gaat. Vaak zijn andere relevante disciplines wel op een andere manier bij de ontwikkeling van de richtlijnen betrokken geweest. Ook werd er bij de meeste richtlijnen niet genoemd wanneer ze geactualiseerd zouden moeten worden en wie verantwoordelijk is voor deze actualisering. Voor het up-to-date houden van de richtlijn, is dit echter wel van belang. Op die manier kunnen de gebruikers in de gaten houden wanneer ze een nieuwe versie van de richtlijn kunnen verwachten.

Met betrekking tot het kader en de inhoud hadden de meeste richtlijnen een hoge beoordeling. De richtlijnen zijn duidelijk en bevatten een adequate beschrijving van de gezondheidswinst als gevolg van de behandeling volgens de richtlijn. Een aantal richtlijnen bevat een samenvatting op een apart formulier. Van mogelijke risico's of nadelen bij het gebruik van de richtlijn wordt minder vaak melding gemaakt. Het is echter de vraag of er bij de beroepsuitoefening van alle paramedische beroepen risico's bestaan. Volgens enkele projectleiders zijn er nauwelijks risico's in de uitoefening van het beroep. Ook de redenen om de richtlijn te ontwikkelen en het doel van de richtlijn zijn niet altijd in de richtlijn opgenomen. Voor het gebruik van de richtlijnen is het echter wel van belang dat dergelijke informatie in de richtlijn wordt genoemd. Ditzelfde geldt voor de patienten waarvoor de richtlijn is bedoeld. Bij een aantal richtlijnen is onvoldoende vermeld op welke patientenpopulaties de richtlijn van toepassing is. Dit schept voor de gebruikers onduidelijkheid en kan leiden tot minder gebruik van de richtlijnen. Ook Grol e.a. (1994) zijn van mening dat in de richtlijnen duidelijk onderscheid moet worden gemaakt voor de verschillende patientenpopulaties (zoals een duidelijke leeftijdsindicatie), waarop ze van toepassing zijn.

Omdat de implementatie van de meeste richtlijnen in het IKPZ-programma aan de orde komt, is er weinig informatie over dit onderwerp in de richtlijnen opgenomen.

Gebleken is dat niet alle benodigde informatie over de richtlijnen in de richtlijnen zelf vermeld staat. Uit de interviews met de projectleiders kwam naar voren dat aan bepaalde eisen wel voldaan is, maar dat informatie hierover niet in de richtlijn is opgenomen. Graham e.a. (2000) wijzen er op dat met name bij de beoordeling van de kwaliteit van het ontwikkelproces van de richtlijnen niet altijd de werkelijke kwaliteit gemeten wordt, omdat volledige informatie hierover niet altijd in de richtlijnen is opgenomen. Ook Cluzeau e.a. (1999) geven aan dat informatie over het ontwikkelproces vaak in een ander document is opgenomen dan in de richtlijn zelf. Wanneer deze informatie wel in de richtlijnen zou worden opgenomen, zou de score op het beoordelingsinstrument hoger uitvallen. Door het opnemen van meer informatie in de richtlijnen zouden de richtlijnen uitgebreider worden. Een aantal beroepsverenigingen gaf

echter aan dat de ontwikkelde richtlijnen nu al te omvangrijk en moeilijk toepasbaar zijn in de praktijk (Hofhuis e.a., 2001). Met het beoordelingsinstrument wordt gemeten wat gerapporteerd is. Dit zegt echter niets over de bruikbaarheid. Een omvangrijke en ontoegankelijke richtlijn kan bij de gebruikers weerstand oproepen, met als gevolg dat de richtlijn minder toegepast wordt.

Hoewel de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar de hoogste beoordeling hebben gekregen, zijn deze richtlijnen op basis van de methode voor de fysiotherapeutische richtlijnen ontwikkeld. Daarom zou verwacht worden dat de richtlijnen voor fysiotherapeuten een minstens zo goede beoordeling zouden krijgen als de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar. Dat dit niet het geval is, heeft te maken met het feit dat de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar zijn opgenomen in een rapport, waarin veel meer informatie is opgenomen dan in de richtlijnen voor fysiotherapeuten. Dit wil echter niet zeggen dat de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar op een betere manier ontwikkeld zijn dan de richtlijnen voor fysiotherapeuten. Door de extra informatie is het voor de beroepsbeoefenaar echter wel duidelijker hoe de richtlijn is ontwikkeld. Momenteel wordt er voor de fysiotherapeutische richtlijnen gewerkt aan deskundigheidsbevorderingspakketten waarmee per richtlijn een specifiek implementatieplan in gang wordt gezet. Deze implementatieplannen zullen waarschijnlijk gedetailleerder zijn dan het implementatieplan zoals dit in de richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar is opgenomen.

Bij de beoordeling bleken er verschillen te bestaan in de kwaliteit van de richtlijnen. Het merendeel van de beoordeelde paramedische richtlijnen was in concept gereed. De beoordeling dient daarom niet als definitief te worden gezien. De richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar kregen de hoogste beoordeling. De beroepsvereniging gaat deze richtlijnen echter nog aanpassen. Hierdoor is het niet duidelijk wat de kwaliteit van de uiteindelijke richtlijnen zal worden.

### **5.3 Implementatie-onderzoek**

De richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld, zullen geïmplementeerd worden in het volgende kwaliteitsprogramma van de paramedische beroepsgroepen, het IKPZ-programma. Voor een goede implementatie is het van belang om te weten op welke manier paramedici waarvoor al richtlijnen geïmplementeerd zijn, bekend zijn geraakt met richtlijnen, in hoeverre ze de richtlijnen gebruiken en welke mening ze hebben over het gebruik van richtlijnen.

Bij beroepsgroepen waarvoor al richtlijnen zijn geïmplementeerd is geïnventariseerd in hoeverre beroepsbeoefenaren bekend zijn met deze richtlijnen en of ze deze richtlijnen ook gebruiken. Het gaat hierbij om de beroepsgroepen fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en dietetiek. Voor deze inventarisatie is een implementatiemodel van Rogers (1995) en Grol e.a. (1994) als leidraad gehanteerd. In dit model worden vijf stappen onderscheiden, te weten bekendheid, inzicht, besluit, implementatie en bevestiging. Op basis van dit model is een vragenlijst opgesteld, waarmee onderzocht is in hoeverre de paramedische beroepsbeoefenaren de verschillende fasen hebben doorlopen.

#### *Bekendheid*

Een meerderheid van de paramedici van de betrokken beroepsgroepen bleek op de hoogte te zijn van het bestaan van de richtlijn die voor hun beroepsgroep van toepassing is. Fysiotherapeuten bleken het best op de hoogte te zijn. Dit heeft mogelijk te maken met de implementatie-activiteiten die de beroepsgroep heeft ondernomen. Met name de beroepsgroep van fysiotherapeuten heeft verschillende activiteiten ondernomen om de richtlijn te implementeren. Zo is de richtlijn toegestuurd aan alle leden en is een deskundigheidsbevorderingspakket samengesteld welke eveneens is toegestuurd naar de leden. Daarnaast zijn er



diverse artikelen geschreven over de richtlijn en is de richtlijn gepresenteerd op verschillende congressen. De andere paramedische beroepsgroepen hebben minder activiteiten ondernomen om de richtlijn bekendheid te geven. De richtlijnen zijn wel toegestuurd naar alle leden, maar verder hebben weinig implementatieactiviteiten plaatsgevonden.

Leden blijken beter op de hoogte te zijn dan niet-leden van de beroepsvereniging. Dit kan met name geconcludeerd worden uit het deelonderzoek onder ergotherapeuten. Van de responderende fysiotherapeuten bleek de overgrote meerderheid lid te zijn van de beroepsvereniging en daarom kon er niet getoetst worden op verschillen tussen leden en niet-leden. Omdat de steekproeven van logopedisten en dietisten afkomstig zijn van de beroepsverenigingen, zijn alleen leden geraadpleegd. Bij alle vier beroepsgroepen bleek de beroepsvereniging de belangrijkste rol te spelen bij het op de hoogte raken van de richtlijnen. Waarschijnlijk zijn leden daarom beter op de hoogte dan niet-leden. Ook bleek een meerderheid van de betrokken paramedici de richtlijn in bezit te hebben. Hier bleek er wederom een verschil te bestaan tussen leden en niet-leden.

#### *Inzicht*

In de tweede fase van het implementatiemodel, inzicht, wordt een mening over de richtlijn gevormd. Een merendeel van de responderende paramedici is het grotendeels eens met de inhoud van de richtlijn. De meeste respondenten gaven ook aan de richtlijn over het geheel genomen helemaal duidelijk te vinden. Een uitzondering hierop vormen de dietisten, van hen vond slechts ruim een derde de richtlijn helemaal duidelijk. Mogelijk komt dit doordat deze richtlijn geen toelichting bevat.

#### *Besluit*

Bij het besluit tot het gebruik van de richtlijn, speelt de houding ten opzichte van richtlijnen een belangrijke rol. Over het algemeen denken de betrokken paramedici vrij positief over het gebruik van richtlijnen. De meeste paramedici zijn het er over eens dat richtlijnen van belang zijn om beroepsbeoefenaren op een lijn te krijgen. Tevens vindt een meerderheid dat de richtlijnen een professionele verantwoordelijkheid zijn van de beroepsgroep en dat richtlijnen houvast geven in het dagelijks werk. Over het al dan niet verplicht worden van richtlijnen zijn de paramedici verdeeld. Hoewel het merendeel van de fysiotherapeuten een verplichtend karakter afwijst, zijn de ergotherapeuten, logopedisten en dietisten gematigder in hun oordeel. Deze uitkomsten komen overeen met de resultaten van onderzoeken onder huisartsen. Uit landelijke enquêtes onder Nederlandse huisartsen over hun nationale standaardenbeleid bleek een grote meerderheid de standaarden te zien als houvast in het dagelijks werk en als middel om huisartsen meer op een lijn te krijgen (Grol, 1990, 1992). Ruim de helft van de huisartsen was er echter op tegen dat ze verplicht zouden worden.

#### *Implementatie*

In de implementatiefase gaan de paramedici de richtlijn gebruiken. Het gebruik van de richtlijn verschilt per beroepsgroep. Wanneer de richtlijnen in bezit zijn, blijken ze nog niet altijd gebruikt te worden. Dit bleek ook uit een onderzoek naar het gebruik van richtlijnen voor medisch specialisten. Ondanks dat de richtlijnen een goede bekendheid hebben en goed bekend staan, worden ze slechts in beperkte mate gebruikt (Kaasenbrood e a, 1994). Fysiotherapeuten bleken de richtlijn het meest te gebruiken. Hierbij bleek dat een groot deel de richtlijn had besproken in een IOF. Mogelijk heeft dit een gunstige uitwerking gehad op het gebruik van de richtlijn. Ook bij verpleegkundigen bleek scholing onmisbaar te zijn voor het gebruik van richtlijnen (Ettema, 1993).

Zowel de fysiotherapeuten als de ergotherapeuten hanteren vooral de samenvatting van de richtlijn. Aspecten die in de samenvatting worden genoemd, maar niet duidelijk zijn zonder achtergrondinformatie worden minder vaak toegepast. Deze aspecten worden ook vaak minder duidelijk gevonden. Een samenvatting kan echter wel vaak stimulerend werken bij het

gebruik Volgens Grol e.a. (1994) spreekt een richtlijn meer aan als er een korte samenvatting van een of twee pagina's bestaat. De plastic kaartjes die een samenvatting van de NHG-standaarden bevatten en in een praktisch klappertje kunnen worden opgeborgen, blijken de meeste huisartsen sterk aan te spreken. Ongeveer 85% blijkt de klapper te gebruiken, daar de samenvattingen in te doen en deze regelmatig te raadplegen.

#### *Bevestiging*

In de laatste fase wordt gezocht naar bevestiging van de gemaakte keuze in het gebruik van de richtlijn. Daartoe is het van belang dat men tevreden is over het gebruik. Bij het gebruik van de richtlijnen worden met name voordelen ondervonden. De belangrijkste voordelen betreffen landelijke overeenstemming in de behandeling en het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Er worden echter ook nadelen ondervonden, zoals de tijdsinvestering en te weinig ruimte voor eigen inbreng. De meeste respondenten ondervinden echter meer voordelen dan nadelen.

## **5.4 Aanbevelingen**

Op basis van deze bevindingen kunnen een aantal aanbevelingen geformuleerd worden. Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat bij aanvang van een aantal projecten de verwachtingen te hoog waren ingeschat. Een kwart van de gestelde streefdoelen bleek niet haalbaar en de helft van de projecten is uitgelopen. Het is daarom aan te bevelen in het vervolg beter te plannen en voorbereid te zijn op onverwachte tegenslagen. Ook is het belangrijk om voor aanvang van de projecten overeenstemming te bereiken over de gewenste werkwijze en doelen. De gestelde doelen dienen haalbaar te zijn binnen het budget en de geplande tijd. Er dient afstemming plaats te vinden over de eindresultaten en de inspanning die daar tegenover staat. Daarvoor is het nodig dat er een goed uitgewerkte methode, inclusief tijdschema ontwikkeld wordt. Goed overleg tussen de betrokken partijen voorafgaand aan de start van de projecten is daarbij van essentieel belang. Daarnaast is uit deze evaluatie gebleken dat het belangrijk is om ook gedurende het ontwikkelproces regelmatig contact te houden met het kader van de beroepsgroepen, zodat de beroepsverenigingen op de hoogte blijven van het ontwikkelproces en de voortgang kunnen bewaken. Eventuele knelpunten kunnen dan tijdig worden opgelost.

Vergeleken met Britse richtlijnen bleken de richtlijnen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld van goede kwaliteit te zijn. Hoewel er over de ontwikkeling en de toepassing van de paramedische richtlijnen de nodige informatie ontbreekt, blijken de meeste richtlijnen wat betreft het kader en de inhoud een redelijk hoge beoordeling te krijgen. Wel verdient het aanbeveling om in de richtlijn informatie op te nemen over de onafhankelijkheid op basis waarvan de richtlijn tot stand is gekomen, en het tijdstip waarop de richtlijn geactualiseerd wordt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Daarnaast is aan te bevelen om in ieder geval de doelen van de richtlijn en de redenen waarom de richtlijn is ontwikkeld duidelijk in de richtlijn te vermelden.

Om ervoor te zorgen dat ook de rest van de beroepsgroep bekend raakt met de richtlijn, lijkt een combinatie van meerdere implementatiestrategieën het meest wenselijk. Het is daarom aan te bevelen om naast het toesturen van de richtlijn aan beroepsbeoefenaren ook presentaties te houden op verschillende congressen en artikelen te schrijven in diverse tijdschriften, waardoor een zo groot mogelijk deel van de beroepsgroep bereikt wordt.

Gebleken is dat leden van de paramedische beroepsverenigingen beter op de hoogte zijn van de richtlijnen. Voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg is het van belang dat ook niet-leden de richtlijnen zullen gaan toepassen. Daarom verdient het aanbeveling om de mogelijkheden te onderzoeken om ook niet-leden te betrekken in het implementatieproces.

Hoewel de meeste paramedici op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn, blijkt de richtlijn nog niet altijd gebruikt te worden. Het is daarom belangrijk om de paramedici te stimuleren om de richtlijnen toe te passen. Het lijkt erop dat met name activiteiten waarbij paramedici actief worden betrokken, zoals het bespreken in een IOF of intercollegiale toetsingsgroep, een stimulerende werking hebben bij het gebruik van de richtlijn.

Met name de samenvatting van de richtlijnen blijkt gehanteerd te worden bij het gebruik van de richtlijn. Daarom is het aan te bevelen om, voor zover dit nog niet gebeurd is, in het IKPZ-programma te werken aan een samenvatting waarin de aanbevelingen op een overzichtelijke manier worden gepresenteerd. Deze samenvatting dient volledig en duidelijk te zijn. Nieuwe begrippen dienen zodanig gepresenteerd te worden dat het ook uit de samenvatting duidelijk wordt wat ermee wordt bedoeld. Ook een duidelijke toelichting lijkt van belang om het gebruik van de richtlijn te stimuleren. Het nieuwe POR-model bevat geen toelichting, wordt door het merendeel niet helemaal duidelijk gevonden en wordt ook weinig gebruikt.

Een aantal beroepsgroepen maken in het IKPZ-programma een voorzichtige start met het geautomatiseerd vastleggen van het zorgproces. Het integreren van de richtlijnen in een geautomatiseerd systeem lijkt nog verre toekomstmuziek. Desalniettemin lijkt het wenselijk om te onderzoeken welke elementen van de richtlijnen in de software van de beroepsgroepen ingebouwd kunnen worden. Het integreren van de richtlijnen in een geautomatiseerd systeem zou enerzijds de richtlijnen toegankelijk kunnen maken en anderzijds het mogelijk maken het zorgproces te toetsen aan de richtlijnen.

In dit rapport is onder andere verslag gedaan van de bekendheid met en het gebruik van geïmplementeerde richtlijnen. Hierbij bleek dat een combinatie van meerdere implementatiestrategieën doelmatig is. Vrijwel alle paramedische beroepsgroepen zullen de komende jaren richtlijnen bij de beroepsbeoefenaren gaan introduceren en implementeren. Voor een optimaal resultaat is het wenselijk dat de beroepsgroepen hun ervaringen met het implementatieproces met elkaar uitwisselen.



## Literatuur

- BENNEMA-BROOS, M , SLUIJS, E M , WAGNER, C Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000 Utrecht, Nivel, 2000
- BRANDSMA, W , WAMS, R Het wat, waartoe, waarom en hoe van protocollen, standaarden en richtlijnen Issue 4/97, pp 5-10
- CLUZEAU, F A , LITTLEJOHNS, P , GRIMSHAW, J M , FEDER, G , MORGAN, S E Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines International Journal for Quality in Health Care 1999, volume 11, number1, pp 21-28
- CLUZEAU, F , LITTLEJOHNS, P , GRIMSHAW, J , FEDER, G Appraisal instrument for clinical guidelines St George's Hospital Medical School, London, May 1997 Reprinted with kind permission from the authors
- CLUZEAU, F , LITTLEJOHNS, P , GRIMSHAW, J , FEDER, G Appraisal instrument for clinical guidelines Version 1 User guide [Http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu/clinline.htm](http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu/clinline.htm) 31-3-2000 Reprinted with kind permission from the authors
- DRIESSEN M J , SLUIJS E M DEKKER J Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg evaluatie van het programma ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg Utrecht, NIVEL, 1995
- ETTEMA R De impact van de eerste verpleegkundige richtlijn, een onderzoek naar de implementatie van de Ambulante Compressietherapie Kwaliteit en Zorg, 1993, 3, pp 100-110
- GRAHAM, I D , CALDER, L A , HEBERT, P C , CARTER, A O , TETROE, J M A comparison of clinical practice guidelines appraisal instruments International Journal of Technology Assessment in Health Care 16 4 (2000), 1024-1038
- GROL, R National standards setting for quality of care in general practice attitudes of general practitioners and responses to a set of standards British Journal of General Practice 1990, 40, pp 361-364
- GROL R , HEERDINK H De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen, een longitudinale analyse Huisarts en Wetenschap 1992, 35 (3), pp 101-104
- GROL, R T P M , EVERDINGEN, J J E VAN, CASPARIE, A F Invoering van richtlijnen en veranderingen, een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk Utrecht de Tijdstroom, 1994
- HINGSTMAN, L , PETERS, P , VAN DER WINDT, W , HARMSSEN, J , ALLAART, P C , DE VOOGD-HAMELINK, A M Rapportage Arbeidsmarkt zorg en welzijn 2000, bijlagen Nivel, Prismant, OSA, 2000
- HOFHUIS, H , PLAS, M , DORGELO, M , DEKKER, J , VAN DEN ENDE, E Kwaliteitsbevordering paramedische zorg eindevaluatie van het BKPZ-programma Utrecht, Nivel, 2001
- KAASENBROOD, A J A , KLAZINGA, N S Ontwikkeling van richtlijnen voor medisch handelen samenhang tussen doele, methode en effect Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1994, 138 (31) 1560-1564
- KLAZINGA N Quality management of medical specialist care in the Netherlands, an explorative study of its nature and development Rotterdam Erasmus Universiteit, 1996

KNGF KNGF-richtlijn Acuut Enkelletsel Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 1998, vol 108, nr 1

MINISTERIE VAN VWS Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg 's-Gravenhage SDU-uitgeverij, 1992

MINISTERIE VAN VWS Kwaliteitswet Zorginstellingen Rijswijk VWS, 1996

NVD POR-model Probleemgeoriënteerde registratie, een handleiding voor het gebruik van het POR-model Oss, Nederlandse Vereniging van Dietisten, 1988

NVD Probleem geOrienteerd Registreren Oss, Nederlandse Vereniging van Dietisten, 1998

NVE Standaard WVG-advisering door ergotherapeuten Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, 1999

NVLF Standaarden logopedisch proces Gouda, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 1996

ROGERS E M Diffusion of innovations Fourth edition New York the free press, 1995

SLUIJS E , ROEBROECK M , VAN DEN ENDE E , DEKKER J Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting Utrecht, Nivel, 1998

TIMMERMANS J E, SLUIJS E M , DEKKER J , DEN HARTOG W H M Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen Utrecht, CBO, Utrecht, NIVEL, 1994

VISSER, E , SLUIJS, E , DEKKER, J Ontwikkeling van richtlijnen en protocollen door de paramedische beroepsgroepen Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ), deelrapport 3 Utrecht, Nivel, 1997

## Bijlagen

70



## BIJLAGE 1: Thema's in het BKPZ-programma

In het BKPZ-programma worden meer dan 60 projecten uitgevoerd. Deze zijn globaal gericht op 8 verschillende thema's. De beroepsgroepen hebben keuzes gemaakt ten aanzien van kwaliteitsinstrumenten of activiteiten die zij binnen dit programma wilden ontwikkelen. In schema 1 staat een overzicht van de kwaliteitsprojecten die zijn gestart bij de aanvang van het BKPZ-programma, ingedeeld naar thema. Daarna zullen de thema's die worden genoemd in schema 1 kort worden toegelicht.

Schema 1 Kwaliteitsprojecten per thema en per beroepsgroep

Thema	Beroepsgroep										
	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	
Classificatiesystemen	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	
Verslaglegging patientenzorg	-	X	-	-	-	X	X	X	X	-	
Actualisering beroepsprofielen	-	-	-	-	X	-	X	X	-	X <sup>1</sup>	
Criteria vanuit patiëntenperspectief	X	-	X	-	-	X	X	-	-	-	
Richtlijnen, standaarden, protocollen	X <sup>2</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	-	
Implementatie van kwaliteitstoetsing	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	
Visitatiesystemen	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	
Accreditatiesystemen bij/nascholing	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Overige projecten	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	

D = Dietisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygienisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

- <sup>1</sup> Voor de radiologisch laboranten worden twee beroepsprofielen geactualiseerd: het beroepsprofiel radiologisch laborant en het beroepsprofiel radiotherapeutisch laborant.
- <sup>2</sup> Voor de dietisten worden twee verschillende projecten uitgevoerd: het eerste betreft een raamwerk voor protocollen, het tweede een databank van protocollen.

### Classificatiesystemen

Een classificatiesysteem is een stelsel van eenduidige begrippen en definities waarmee de zorg die door een beroepsgroep wordt verleend op uniforme wijze kan worden vastgelegd. Bijvoorbeeld de verwijsindicaties, de paramedische diagnoses, verrichtingen enzovoorts. Bij classificatie gaat het om eenheid van terminologie en taal, hetgeen een voorwaarde is voor tal van andere activiteiten (bijvoorbeeld uniforme registratie of intercollegiale toetsing). Dergelijke classificatiesystemen worden binnen het programma ontwikkeld voor dietisten en mondhygienisten. Voor oefentherapeuten-Mensendieck - die reeds over een classificatie-systeem beschikken - wordt een aanvullende codering ontwikkeld. Het betreft een aanvullende codering voor het vastleggen van de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck, in aanvulling op de verwijsdiagnose.

### Verslaglegging patientenzorg

Om te bewerkstelligen dat beroepsbeoefenaren de door hen verleende zorg op uniforme wijze registreren wordt voor vijf beroepen een registratie-systeem patientenzorg ontwikkeld.

De registratiesystemen omvatten een registratie-formulier waarop de paramedicus alle noodzakelijke informatie op geordende wijze kan vastleggen (ook wel patiëntenkaart, status of dossier genoemd). De registratiesystemen bevatten ook een overzicht van de classificaties en coderingen die dienen te worden gebruikt.

#### *Actualisering van beroepsprofielen*

Beroepsprofielen beschrijven de deskundigheden en de werkzaamheden van een beroepsgroep. Deze werkzaamheden zijn aan veranderingen onderhevig, bijvoorbeeld tengevolge van nieuwe ontwikkelingen in de zorg zoals de opkomst van transmurale zorg of thuiszorgtechnologie. Ook nieuwe wet- of regelgeving, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en bijvoorbeeld de voorgenomen poortwachtersfunctie van mondhygienisten zijn van invloed op de werkzaamheden. Vanwege dergelijke ontwikkelingen dienen beroepsprofielen van tijd tot tijd te worden geactualiseerd, mede omdat zij de basis vormen voor de eindtermen van de opleidingen. Binnen het BKPZ-programma worden vijf beroepsprofielen geactualiseerd.

#### *Criteria vanuit patiëntenperspectief*

Zowel in de Leidschendam-afspraken als in de Kwaliteitswet en de Wet BIG is vastgelegd dat patiënten betrokken dienen te worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. In het BKPZ-programma is een eerste stap gezet om hier invulling aan te geven. Daartoe wordt onderzocht welke eisen patiënten aan de kwaliteit van de paramedische zorg stellen. In eerste instantie zullen dergelijke 'kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief' voor vier beroepen worden ontwikkeld. Op basis van de ervaringen uit deze projecten zal dit mogelijk ook voor andere beroepen worden gedaan.

#### *Richtlijnen, standaarden en protocollen*

Richtlijnen, standaarden en protocollen zijn specificaties van de producten die een beroepsgroep levert. Zij geven weer welke gezondheidsproblemen op welke wijze worden behandeld. In het ideale geval is de (voorgeschreven) behandeling gebaseerd op effectonderzoek (evidence based) om optimale behandelresultaten te bewerkstelligen. Voorzover mogelijk zal ook de ontwikkeling van paramedische richtlijnen op effectonderzoek worden gebaseerd. Waar dat niet mogelijk is - de effectiviteit van veel paramedische zorg is nog nauwelijks onderzocht - zal een andere methode worden gevolgd, bijvoorbeeld een combinatie van literatuuronderzoek, raadpleging van deskundigen en praktijkregistraties. Ook zullen externe partijen (verwijzers, patiënten en zorgverzekeraars) bij de richtlijnontwikkeling worden betrokken.

#### *Implementatie van intercollegiale kwaliteitstoetsing*

Op intercollegiale toetsing of kwaliteitstoetsing<sup>1</sup> ligt een zwaar accent in het BKPZ-programma. De belangrijkste doelen daarvan zijn het realiseren van continue kwaliteitsverbetering en meer uniformiteit in de beroepsuitoefening.

Zeven beroepsgroepen beschikken over een eigen methode voor kwaliteitstoetsing, bij hen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van toetsing. In de projecten ligt dan ook het accent op het opleiden van veel nieuwe toetsingsbegeleiders, mentoren en kwaliteitscoördinatoren, allen met de taak om toetsingsgroepen te begeleiden of kwaliteitsprojecten op te zetten. Op die wijze ontstaat als het ware een nieuw 'kwaliteitskader' in een beroepsgroep dat sturing geeft aan de kwaliteitsactiviteiten. Met dit kwaliteitskader

<sup>1</sup> Hoewel verschillende termen worden gebruikt (intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, lokale kwaliteitssystemen) gaat het in alle gevallen om het aanbrengen van kwaliteitsverbeteringen door een groep collega's op een systematische wijze (volgens de kwaliteitscirkel van Deming). Het betreft verbeteringen in de brede zin van het woord, dus niet alleen het oplossen van knelpunten in de zorg of het opstellen van protocollen, maar ook bijvoorbeeld de implementatie van nieuwe regels of landelijke richtlijnen.

ontstaat op den duur ook een goede infrastructuur voor de implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of standaarden.

De opbouw van deze infrastructuur verloopt bij drie beroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en Mensendieck) in een versneld tempo omdat daarvoor buiten het BKPZ-programma om, aparte subsidies ter beschikking zijn gesteld<sup>2</sup>. Zie voor nadere bijzonderheden het eerste onderzoeksrapport (Sluys e a., 1998).

In zeven projecten ligt dus het accent op de verdere implementatie van kwaliteitstoetsing en de opleiding van het kader dat daarvoor nodig is. Alleen het achtste project -voor de logopedisten- betreft de ontwikkeling van kwaliteitstoetsing omdat voor de logopedisten nog geen toetsingsmethode was ontwikkeld.

#### *Visitatiesystemen*

Visitatie houdt in dat een visitatieteam de kwaliteit van een praktijk of afdeling beoordeelt, dat oordeel vastlegt in een visitatieverslag dat doorgaans ook aanbevelingen voor verbetering bevat. Bij een volgende visitatie wordt nagegaan wat met deze aanbevelingen is gedaan. Binnen het vorige kwaliteitsprogramma is een begin gemaakt met de ontwikkeling van een visitatiesysteem voor podotherapeuten. Op basis van de ervaringen zal dit worden bijgesteld en verder worden geïmplementeerd. Binnen het BKPZ-programma zal ook voor zeven andere beroepsgroepen een visitatiesysteem worden ontwikkeld en op beperkte schaal in de praktijk worden getest.

#### *Accreditatiesystemen voor bij- en nascholing*

Een accreditatiesysteem heeft als doel de kwaliteit van bij- en nascholing te waarborgen. Daartoe worden de aangeboden cursussen beoordeeld aan de hand van kwaliteitscriteria. Deze beoordeling mondt uit in het al dan niet erkennen of accrediteren van de cursus. Paramedici wordt aangeraden (of verplicht) uitsluitend geaccrediteerde cursussen te volgen. Binnen het vorige programma is een raamwerk voor dergelijke kwaliteitscriteria opgesteld. Binnen het BKPZ-programma zullen deze criteria per beroepsgroep nader worden ingevuld en geconcretiseerd. Ook wordt een opzet gemaakt voor het goed laten functioneren van het accreditatiesysteem. In dit project participeren alle tien de beroepsgroepen. Voor de fysiotherapie wordt daarnaast een systeem voor verplichte na- en bijscholing ontwikkeld inclusief een aantal verplichte onderwijs modules.

#### *Overige projecten*

In de loop van het BKPZ-programma zijn nog diverse andere projecten gestart. Het project 'routing patient' wordt uitgevoerd door radiologisch laboranten; dit project is bedoeld om de zorg voor patiënten van het begin tot het eind te stroomlijnen. Voor negen paramedische beroepsgroepen wordt in een ander project een kwaliteitsregister opgezet; deze beroepsgroepen beschikken niet volgens de wet over een dergelijk register (de fysiotherapeuten hebben wel een wettelijk geregeld register, het BIG-register). Voor dietisten, radiologisch laboranten, ergotherapeuten, mondhygienisten en podotherapeuten wordt in een project onder andere gewerkt aan de ontwikkeling van een client-feedbacksysteem, en herziening van de beroepscode.

<sup>2</sup> Het gaat hier om de zogenaamde WFO-gelden (WFO = Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie). De extra middelen worden voorlopig voor één jaar toegekend voor het opbouwen van een infrastructuur (bestaande uit lokale groepen paramedici) en de aanstelling van kwaliteitscoördinatoren en kwaliteitsfunctionarissen die ervoor moeten zorgen dat deze groepen adequaat functioneren.

28



**Vragenlijst  
voor werkgroepen  
in het BKPZ-programma  
–richtlijnen–**

*Bijlage 2*

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek  
van de gezondheidszorg

**bezoekadres**  
drieharingstraat 6

**postadres**  
postbus 1568  
3500 BN Utrecht

**Telefoon**  
030 27 29 700  
**fax**  
030 27 29 729

03

84

**1. Welke richtlijn(en) heeft uw werkgroep ontwikkeld?**

Richtlijnen

**2. Is de werving van paramedici voor de werkgroep volgens de tijdsplanning verlopen?**

- ja
- nee, waarom niet?

**3. Is de werkgroep gestart volgens de tijdsplanning?**

- ja, gestart in (maand/jaar)
- nee, waarom niet, geplande datum (maand/jaar)  
datum start (maand/jaar)

**4. Heeft u zich kunnen houden aan de tijdsplanning zoals die vooraf was vastgesteld?**

- ja
- nee, waarom niet en hoeveel bent u vertraagd? Datum gepland (maand/jaar)  
Datum gerealiseerd (maand/jaar)

**5. Is de concept-richtlijn afgerond?**

- ja, afgerond in (maand/jaar)
- nee, afronding verwacht in (maand/jaar)

**Zo ja, is de definitieve richtlijn afgerond?**

- ja, afgerond in (maand/jaar)
- nee, afronding verwacht in (maand/jaar)

**6. Was er onder de werkgroepleden bij aanvang van het project consensus over de te volgen werkwijze?**

- ja
- enigszins
- nee, toelichting

**7. Was er onder de werkgroepleden bij aanvang van het project consensus over de te bereiken doelen?**

- ja
- enigszins
- nee, toelichting

**8. Was er goed materiaal ter voorbereiding van de werkgroepbijeenkomsten?**

- ja
- enigszins
- nee, toelichting

9. **Zijn er gedurende een of meerdere stappen tegenvallers geweest in de uitvoering van het project?**
- ja, welke?  
 nee
10. **Zijn er gedurende een of meerdere stappen meevallers geweest in de uitvoering van het project?**
- ja, welke?  
 nee
11. **Was de projectleider toegerust voor zijn of haar taak?**
- ja  
 enigszins  
 nee, toelichting
12. **Waren de paramedici in de werkgroep toegerust voor hun taak?**
- ja  
 enigszins  
 nee, toelichting
13. **Hoe verliep de samenwerking in de werkgroep?**
14. **Wat vindt u van de resultaten (tot nu toe)?**
15. **Zijn er gedurende het project activiteiten uitgevoerd om een draagvlak te creëren? (bekendheid geven, bv artikel plaatsen)**
- ja, toelichting welke ideeën  
 nee, toelichting
16. **Zijn er gedurende het project ideeën ontwikkeld over de implementatie?**
- ja, welke?  
 nee, toelichting

***Ik zal een verslag maken van dit interview en naar u opsturen, zodat u kunt zien of ik alles juist heb weergegeven. Waar kan ik het verslag het beste naar toesturen?***

Naam  
Adres  
Postcode/Woonplaats

***Hartelijk dank voor uw medewerking***



## **Geïnterviewde werkgroepleden:**

### **Diëtetiek**

Mevr. B. van Starrenburg Raamwerk protocollen diëtetiek  
Mevr. R. van Poppel Protocollen diëtisten

### **Fysiotherapie**

Dhr. R. Peters Richtlijn fysiotherapie bij hartrevalidatie  
Mevr. B.C.M. Smits Richtlijn fysiotherapie en osteoporose  
Dhr. K. Lanser Richtlijn fysiotherapie bij whiplash  
Dhr. H. Bloo Richtlijn fysiotherapie bij artrose heup/knie  
Dhr. R. van Osterlo Richtlijn lage rugpijn

### **Oefentherapie Cesar**

Dhr. J. Vellinga Richtlijn whiplash  
Mevr. M.C. Spoor Richtlijn peripartum bekkenpijn voor oefentherapeuten Cesar  
Mevr. W.M. Lievaart Richtlijn idiopathische scoliose voor oefentherapeuten Cesar  
Mevr. P.A.M. Stap Richtlijn oefentherapie Cesar bij patiënten met osteoporose  
Mevr. M.T. ten Brinke Richtlijn stress-urine incontinentie  
Mevr. M. Debets Richtlijn ziekte van Bechterew voor oefentherapeuten Cesar  
Mevr. M. Verhoef Richtlijn COPD  
Mevr. B.M. Waterborg Richtlijn artrose heup/knie

### **Orthoptie**

Mevr. A. Mollema Protocol Preoperatief Orthoptisch Onderzoek  
Strabismuschirurgie  
Mevr. M. Buter Standaard zorgplan amblyopiebehandeling

### **Oefentherapie-Mensendieck**

Mevr. J.M. Plasman Richtlijn RSI  
Mevr. A. Oprel Richtlijn osteoporose  
Mevr. E.J.M. van der Weerd Richtlijn informatieverstrekking verwijzer  
Mevr. M. Janse Richtlijn specifieke nek-schouderklachten

### **Ergotherapie**

Mevr. M. van Tuel Standaard ergotherapeutische behandeling van cliënten met ALS  
Mevr. K. Boeschoten Standaard advisering zitvoorzieningen bij kinderen met  
infantiele encefalopathie  
Mevr. M.C. Pol Standaard CVA-diagnostiek

### **Mondhygiëne**

Mevr. C.H. Steenbruggen Richtlijn diagnostiek lichte tot matige tandsteen

### **Logopedie**

Mevr. H. ter Horst Standaarden logopedie in het onderwijs

88

### **BIJLAGE 3: Interviewchecklist programmaleiders**

**Richtlijnen, standaarden, protocollen** het verloop van de projecten

De volgende vragen komen in het interview aan de orde.

- 1. Samenstelling van de projectgroepen**  
Is de samenstelling van de projectgroepen vlot verlopen?  
Konden paramedici met de gewenste deskundigheden gevonden worden?  
Waren de paramedici in voldoende mate toegerust voor hun taken in de projectgroepen?  
Hoe verliep de samenwerking in de projectgroepen?
- 2. Financiën**  
Was het budget toereikend voor de projecten?  
Welke vergoedingen kregen de paramedici en waren deze toereikend?
- 3. Plan van aanpak**  
Aan de projecten lag een plan van aanpak ten grondslag (zie bijlage).  
Is dit plan van aanpak gevolgd? Hebben bijstellingen plaatsgevonden?
- 4. Verloop van de projecten**  
Welke meevallers en/of tegenvallers of ontwikkelingen hebben het verloop van de projecten beïnvloed?
- 5. Inhoud van de richtlijnen**  
Hierbij wordt ingegaan op een aantal aspecten van de bijgevoegde checklist, dat naar onze mening niet in de documentatie over de richtlijnen naar voren komt.
- 6. Draagvlak en implementeerbaarheid**  
Kunt u al iets zeggen over het draagvlak in de beroepsgroep?  
Hoe denkt u over de implementeerbaarheid en wat zou daarvoor moeten gebeuren?
- 7. Geleerd?**  
Wat heeft uzelf van de projecten geleerd? Wat zou u in vergelijkbare volgende projecten anders doen?
- 8. Uw eigen mening**  
Zijn er zaken die u graag wilt vertellen en die nog niet aan de orde zijn gekomen?

#### **Geïnterviewde projectleiders:**

Mevrouw A Evers, projectleider dietetiek CBO  
De heer E. Hendriks, projectleider fysiotherapie NPi  
Mevrouw J van Dommelen, projectleider dietetiek NPi  
Mevrouw M. Jans, projectleider oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck NPi  
Mevrouw K Lakerveld-Heyl, projectleider dietetiek NPi  
Mevrouw G Pol, projectleider orthoptie CBO  
Mevrouw D. van Ravensberg, projectleider ergotherapie, mondhygiene en podotherapie NPi  
De heer R. Bokkerink, projectleider logopedie HAN



**BIJLAGE 4: Beoordelingsinstrument met toelichting**

**Appraisal Instrument  
For Clinical Guidelines**

Version 1

Françoise Cluzeau  
Peter Littlejohns  
Jeremy Grimshaw  
Gene Feder

Health Care Evaluation Unit  
Department of Public Health Sciences  
St George's Hospital Medical School

Department of General Practice &  
Primary Care

St Bartholomew's and the Royal London  
School of Medicine & Dentistry  
Queen Mary & Westfield College

Health Services Research Unit  
University of Aberdeen

© St George's Hospital Medical School May 1997

ISBN 1 8981 8311 2

All rights reserved; no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form without the written permission of the publisher.

Suggested citation: Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G. Appraisal instrument for clinical guidelines St George's Hospital Medical School, London, May 1997.

For a copy of this document contact

Health Care Evaluation Unit  
Department of Public Health Sciences  
St George's Hospital Medical School  
Cranmer Terrace  
London SW17 0RE

Tel 020 8725 5428  
Fax: 020 8725 3584

email: [hall@sghms.ac.uk](mailto:hall@sghms.ac.uk)

### Dimension 1: Rigour of Development

Responsibility for guideline development	Yes	No	Not sure	N/A
1 Is the agency responsible for the development of the guidelines clearly identified?				
2 Was external funding or other support received for developing the guidelines?				
3 If external funding or support was received, is there evidence that the potential biases of the funding body (ies) were taken into account?				
<b>Guideline development group</b>				
4 Is there a description of the individuals (e.g. professionals, interest groups-including patients) who were involved in the guidelines development group?				
5 If so, did the group contain representatives of all key disciplines?				
<b>Identification and interpretation of evidence</b>				
6 Is there a description of the sources of information used to select the evidence on which the recommendations are based?				
7 If so, are the sources of information adequate?				
8 Is there a description of the method(s) used to interpret and assess the strength of the evidence?				
9 If so, is/are the method(s) for rating the evidence satisfactory?				
10 Is there a description of the methods used to formulate the recommendations?				
11 If so, are the methods satisfactory?				
12 Is there an indication of how the views of interested parties not on the panel were taken into account?				
13 Is there an explicit link between the major recommendations and the level of supporting evidence?				

### Dimension 1: Rigour of Development

Peer review	Yes	No	Not Sure	N/A
14 Were the guidelines independently reviewed prior to their publication/release?				
15 If so, is explicit information given about methods and how comments were addressed?				
16 Were the guidelines piloted?				
17 If the guidelines were piloted, is explicit information given about the methods used and the results adopted?				
<b>Updating</b>				
18 Is there a mention of a date for reviewing or updating the guidelines?				
19 Is the body responsible for the reviewing and updating clearly identified?				

<b>Overall assessment of development process</b>				
20 Overall, have the potential biases of guideline development been adequately dealt with?				

### Dimension 2: Context and Content

<b>Objectives</b>	Yes	No	Not Sure	N/A
21. Are the reasons for the developing the guidelines clearly stated?				
22. Are the objectives of the guidelines clearly defined?				
<b>Context</b>				
23. Is there a satisfactory description of the patients to which the guidelines are meant to apply?				
24. Is there a description of the circumstances (clinical or non clinical) in which exceptions might be made in using the guidelines?				
25. Is there an explicit statement of how the patient's preferences should be taken into account in applying the guidelines?				
<b>Clarity</b>				
26. Do the guidelines describe the condition to be detected, treated, or prevented in unambiguous terms?				
27. Are the different possible options for management of the condition clearly stated in the guidelines?				
28. Are the recommendations clearly presented?				
<b>Likely costs and benefits</b>				
29. Is there an adequate description of the health benefits that are likely to be gained from the recommended management?				
30. Is there an adequate description of the potential harms or risks that may occur as a result of the recommended management?				
31. Is there an estimate of the costs or expenditures likely to incur from the recommended management?				
32. Are the recommendations supported by the estimated benefits, harms and costs of the intervention?				

### Dimension 3: Application

<b>Guideline dissemination and implementation</b>	Yes	No	Not sure	N/A
33. Does the guideline document suggest possible methods for dissemination and implementation?				



**Monitoring of guidelines/clinical audit**

- | 34 Does the guideline document specify criteria for monitoring compliance?       |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 35 Does the guideline document identify clear standards or targets?              |  |  |  |  |
| 36 Does the guideline document define measurable outcomes that can be monitored? |  |  |  |  |

National Guidelines Only

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 37 Does the guideline document identify key elements which need to be considered by local guideline groups? |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|

[View User Guide](#)

[Back to Guidelines Introduction Page](#)  
[Appraisal Instrument for Clinical Guidelines Intro Page](#)  
[Back to Health Care Evaluation Unit Home Page](#)  
[Back to St. George's Hospital Medical School Home Page](#)  
[Back to Department of Public Health Sciences Home Page](#)  
HCEU pages maintained by Louise Marston  
Page last updated 25 October 1999

96

# **Appraisal Instrument For Clinical Guidelines**

Version 1 User Guide

Françoise Cluzeau  
Peter Littlejohns  
Jeremy Grimshaw  
Gene Feder

The User Guide is intended for use with the Appraisal Instrument for Clinical Guidelines. It has been designed to ensure that questions are interpreted consistently and to minimise the need for inference. It contains a description of the terms for each question, and specifies circumstances when a 'Yes' answer may be appropriate.

## **Dimension 1: Rigour of Development**

### **Responsibility for guideline development**

1. A 'Yes' answer will include, as a minimum, the name of the individual, group or body responsible for endorsing the guidelines. This information is likely to figure on the front or back covers of the guidelines. The body responsible for the guidelines may be different from the guideline development group (see question 4).
2. A 'Yes' answer will include, as a minimum, the name of the body or organisation who gave support for the development of the guidelines. Support may be in the form of financial contribution for the whole development, or for parts of the development, e.g. printing of the guidelines. This information is likely to figure on the front or back covers of the guidelines.
3. 'Yes' to this question means that there is an explicit statement that the guidelines were editorially independent of the funding body.  
If the answer to question 2 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'

### **Guideline development group**

4. This question refers to the individuals who were involved at some stage of the development process. For example this may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence, individuals involved in formulating the final recommendations and peer reviewers. An answer 'Yes' would include, as a minimum, a list of the individuals or interests groups, including patients groups.
5. If the answer to question 4 is 'Yes' then a judgement is needed about the representativeness of the guideline development group. An answer 'Yes' will mean that, in your opinion the group has some representation from all key professional disciplines and interest groups that are likely to affect or be affected by the guidelines.  
If the answer to question 4 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'

### **Identification and interpretation of evidence**

6. This question refers to the search strategy used to identify the relevant evidence for the recommendations. Search strategy may include electronic searches (e.g. MEDLINE), systematic reviews, hand search from key relevant journals or articles, grey literature in the form of abstracts or reports, expert opinion. They may also include results from international consensus conferences, published guidelines. A 'Yes' answer will include, as a minimum, a list of each source of evidence with references.

7. A judgement is needed about the adequacy of the search. A 'Yes' answer will mean that the search was comprehensive enough to incorporate the most up to date literature at the time when the guidelines were developed. Exclusion and inclusion criteria for selecting the sources of information or sifting the evidence should be clearly stated. You may decide that important evidence has been overlooked, or that there are important gaps in the literature review. If so, you should state in the relevant comments section which evidence you think should have been included.  
If the answer to question 6 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'.
8. Information should be provided about the methods used for assessing the evidence. This may include, for example, systematic reviews, meta analyses or more informal reviews. A 'Yes' answer will include, as a minimum a description of the process involved, methodological criteria used.
9. A judgement is needed about the quality of the methods used for assessing the evidence. A 'Yes' answer will include an explicit statement about how the background evidence was synthesised and categorised. Categories of evidence can be classified as follows:
- I: Evidence from well-designed randomised controlled trials, meta analyses or systematic reviews
  - II: Evidence from well-designed cohort or case-control studies.
  - III: Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case control studies.
  - IV: Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities
- If the answer to question 8 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'.

### **Formulation of recommendations**

10. There should be a description of the methods used to formulate the recommendations. A 'Yes' answer will include, as a minimum, a description of the process involved in deriving the recommendations from the evidence.
11. A judgement is needed about the quality of the method(s) used for agreeing the recommendations. A 'Yes' answer will include, for example, a voting system, formal consensus (e.g. Delphi, Glaser techniques). Areas of disagreement should also be made explicit.  
If the answer to question 10 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'.
12. Parties likely to be affected by the guidelines (e.g. patients, clinicians) may not have been involved in the final discussions or drafting of guidelines, but their views may have been sought in other ways. For example, results of the consensus may have been circulated to these individuals for consultation. A 'Yes' answer will include, as a minimum an explicit mention of how this process took place.
13. This question refers to the linkage between evidence and the derived recommendations. A 'Yes' answer will include, for example:

- A: Recommendations directly based on evidence level I.
- B: Recommendations directly based on evidence level II or extrapolated recommendations from level I evidence.
- C Recommendations directly based on consensus or extrapolated recommendation from level I or II evidence.

### **Peer review**

- 14. An external review will include for example review by experts in the clinical area, circulation to professional bodies, publication in peer review journals. A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of the reviewers.
- 15 There should also be some information about how the comments from external review were taken into account in drawing the final recommendations. A 'Yes' answer will include, as a minimum a description of the changes made to the final recommendations following external review  
If answer to question 14 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'.
- 16. Some guidelines may have been pre-tested for further validation prior to publication. For example piloting may be carried out in a trust, or a group of GP Practices. A 'Yes' answer will include, as a minimum a statement that a pre-testing or piloting was carried out prior to publication of the guidelines.
- 17. A 'Yes' answer will include, as a minimum a description of the methods used for piloting the guidelines, including the site, length of piloting and how the results were taken into consideration in the final draft.  
If answer to question 16 was 'No' or 'Not sure' then the answer to this question should be 'N/A'.

### **Updating**

- 18 There should be a clear statement about when the guidelines will be reviewed. A 'Yes' answer will include, as a minimum a specified time scale such as: "every year", or a date.
- 19. A 'Yes' answer will include, as a minimum a named body who will be responsible for reviewing or updating the guidelines.

### **Overall assessment of development process**

- 20 This question calls for an overall judgement on the rigour of the development process A 'Yes' answer means that, on balance the potential problems have been addressed and dealt with in a way that will reduce the likelihood of bias in the content of the final recommendations

102



## Dimension 2: Context and Content

### Objectives

21. There should be a clear statement about the reasons for developing the guidelines. Factors for choosing guideline topics may for instance include the prevalence of a condition or frequency of a procedure (high volume), variation in clinical practice in managing the condition, economic costs of the condition or intervention. A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of the factors justifying the development of the guidelines.
22. The objectives of the guidelines should be specified. The overall aim of the guidelines may be to improve patients' outcomes. The specific aims may include assisting professionals in the management of specific diseases, or as an educational tool for junior staff, reduce variation in practice in a particular trust or health authority. A 'Yes' answer will include, as a minimum a detailed list of the objectives.

### Context

23. There should be a clear description of the target population to be covered by the guidelines. A 'Yes' answer will include, as a minimum age range, clinical description.
24. There may be legitimate circumstances in which it is not possible to apply the guidelines. These circumstances should be identified in the guidelines. These may include clinical circumstances (emergency) or organisational (e.g. inadequate equipment or lack of staff). A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of the exceptional circumstances.
25. The role of patient's preferences in applying the guidelines may be stated. A 'Yes' answer will include, as a minimum some statement about how the patients' views or preferences may be addressed in applying the guidelines.

### Clarity

This section refers specifically to the presentation and clarity of recommendations.

26. A 'Yes' answer will include a clear description of the condition to be covered, including unambiguous language.
27. A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of possible options for managing the condition and a statement about the choice of different options.
28. This question calls for a judgement on the overall lay out and format of the guidelines, presentation.

### **Likely costs and benefits**

- 29 The health benefits(s) to be gained from the recommendations should be indicated by the guideline developers. A 'Yes' answer will mean that a statement is made about the expected health benefits at least for some recommendations.
30. There may be health risks associated with the recommended treatment. A 'Yes' answer will mean that an explicit statement is given about the possible risks and harms that may occur in applying the recommendations.
- 31 The recommended management may involve expenditures. For example, need for more staff, more equipment, expensive drug treatment that will have costs implications. A 'Yes' answer will include, as a minimum an estimate of the predicted costs per patient.
32. A judgement is needed about whether, on balance, the recommendations are justified. A 'Yes' answer will mean that the health benefits to be gained from the recommendations outweigh the health risks and financial costs.

## Dimension 3: Application

This dimension assesses the extent to which the dissemination and implementation of the guidelines have been addressed during their development

### **Guideline dissemination and implementation**

33. The guidelines document may suggest methods implementing and disseminating the guidelines. A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of these methods e.g. educational workshops, special events, using existing structures or professional groups

### **Monitoring of guidelines/clinical audit**

34. Guideline developers may have devised criteria for monitoring the extent to which the guidelines have been followed. This may be in the form of a list presented in the guideline document. A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of these criteria
35. Standards and targets may be specified in the document. They may include targets achievement to be attained within a time-scale. A 'Yes' answer will include, as a minimum a list of these standards.
36. The guideline document may also specify measurable outcomes or end points that can be monitored through clinical audit. A 'Yes' answer will include some statement about measures of outcome that will be used.

### **National Guidelines Only**

37. National guidelines may specify factors that would need to be taken into account for adaptation into local templates. A 'Yes' answer will include, as a minimum, a mention of these factors.

[View Appraisal Instrument](#)

[Guidelines Introduction Page](#)

[Appraisal Instrument for Clinical Guidelines Intro Page](#)

[Health Care Evaluation Unit Home Page](#)

[St George's Hospital Medical School Home Page](#)

[Department of Public Health Sciences Home Page](#)

HCEU pages maintained by Paul O'Halloran [p.ohalloran@sghms.ac.uk](mailto:p.ohalloran@sghms.ac.uk)

Page last updated 19 March 1998

106



# Vragenlijst Fysiotherapeuten

*evaluatie*

*Bekendheid en gebruik  
van richtlijnen*

*Bijlage 5*

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek  
van de gezondheidszorg

**bezoekadres**  
drieharingstraat 6

**postadres**  
postbus 1568  
3500 BN Utrecht

**Telefoon**  
030 27 29 700  
**fax**  
030 27 29 729

107

**TOELICHTING:**

De meeste vragen in deze vragenlijst bestaan uit vragen waarbij u een kruisje moet zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven op de stippelijntjes.

Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen mening.

Wilt u de vragenlijst in de antwoordenvolp terugsturen binnen twee weken na ontvangst. Een postzegel is niet nodig.

Voor vragen kunt u bellen naar het NIVEL 030 - 2729700.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Hannelore Hofhuis en Marieke Plas

1. **Wilt u aankruisen wat op u van toepassing is?**

- man
- vrouw
- geboortejaar 19

2. **In welk werkveld bent u werkzaam, hoeveel collega's (fysiotherapeuten) maken, naast uzelf, deel uit van uw team, en wat is de formele omvang (uren per week) van uw werkzaamheden? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| <input type="radio"/> ziekenhuis                   | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> verpleeghuis/verzorgingshuis | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> revalidatiecentrum           | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> vrijevestigde praktijk       | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> thuiszorg/kruiswerk          | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> onderwijs                    | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> industrie                    | uren, met | collega's |
| <input type="radio"/> anders, namelijk             | uren, met | collega's |

3. **Bent u lid van het KNGF?**

- ja
- nee

4. **Hoeveel jaren werkervaring heeft u sinds uw afstuderen als fysiotherapeut?**

jaren

5. **Wordt in uw praktijk/afdeling gewerkt met eigen of landelijke richtlijnen?**

- nee
- ja, de praktijk/afdeling heeft eigen richtlijnen
- ja, de praktijk/afdeling hanteert landelijke richtlijnen
- ja, de praktijk/afdeling hanteert zowel eigen als landelijke richtlijnen
- anders, namelijk

**Indien u met landelijke richtlijnen werkt, welke zijn dit?**

6. **Hoe houdt u zich op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in uw vakgebied? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- vaktijdschriften
- congressen
- cursussen
- informeel overleg met collega's
- intercollegiaal overleg, IOF, gespreksgroepen
- anders, namelijk

**7. Neemt u deel aan activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkeling of kwaliteitsbeleid? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- nee
- ja, ik neem deel aan een gespreksgroep / intercollegiale toetsing
- ja, ik ben lid van een werkgroep of commissie, namelijk
- anders, namelijk

**In 1998 is de richtlijn 'acuut enkelletsel' uitgebracht door het KNGF  
De volgende vragen gaan over deze richtlijn**

**8. Bent u op de hoogte van het bestaan van deze richtlijn?**

- ja
- nee (ga verder naar vraag 36)

**9. Hoe bent u op de hoogte geraakt van het bestaan van deze richtlijn? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)**

- tijdschriftartikel in het verenigingsblad
- via het hoofd van de afdeling
- contacten met collega's
- schriftelijk via beroepsvereniging
- op de opleiding
- bij een congres
- anders, namelijk

**10. Heeft u de richtlijn in uw bezit?**

- ja
- nee
- weet niet

**11. Behandelt u wel eens patiënten met de aandoening waarvoor deze richtlijn bedoeld is?**

- ja
- nee (ga naar vraag 36)

**12. Om hoeveel patiënten per jaar gaat het ongeveer?**

patiënten

**13. Kent u de inhoud van de richtlijn?**

- ja, helemaal
- globaal
- nee (ga naar vraag 34)



14. **Behandelt u patiënten met de aandoening waarvoor de richtlijn bedoeld is volgens deze richtlijn?**

- ja, altijd
- ja, bij meer dan 90 % van de patienten
- ja, bij 50-90% van de patienten
- ja, bij 10-50% van de patienten
- bij minder dan 10% van de patienten
- nooit

**De richtlijn 'acuut enkelletsel' bestaat uit twee delen: een uitgebreide versie, waarin ook de verantwoording en toelichting is opgenomen, en een samenvatting (een geplastificeerd vel op A-4 formaat).**

15. **Raadpleegt u de uitgebreide versie van de richtlijn en/of de samenvatting bij de behandeling van patiënten waarvoor de richtlijn bedoeld is?**

	altijd	meestal	soms	nooit
Uitgebreide versie van de richtlijn				
Samenvatting				

16. **In de richtlijn staan de volgende aanbevelingen genoemd. Handelt u op deze punten volgens de richtlijn (uitgaande van een normaal herstelproces)?**

	ja	soms	nee
Achterwege laten passieve stresstests voor bepalen exacte locatie en ernst			
Prognosebepaling aan de hand van de functiescore			
Fysiotherapeutische behandeling/begeleiding bij functiescore $\leq$ 40			
Bij de behandeling bestaat terughoudendheid t a v fysische therapie t e z			
In de proliferatiefase t a p e n / b r a c e a a n l e g g e n i n d i e n z w e l l i n g v o l d o e n d e v e r m i n d e r d i s			

17. **Bent u van mening dat de richtlijn een aanvulling is geweest op uw kennis voordat de richtlijn er was?**

- ja, een grote aanvulling
- enigszins een aanvulling
- nee, geen aanvulling
- nee, ik ben pas werkzaam sinds de richtlijn er is
- anders, namelijk

18. **Komen de aanbevelingen in de richtlijn overeen met uw behandelwijze voordat de richtlijn er was?**

- ja
- komt ten dele overeen
- nee, komt niet overeen

**19. Vindt u de richtlijn over het geheel genomen duidelijk?**

- ja, helemaal duidelijk
- enigszins duidelijk
- nee, helemaal niet duidelijk

**20. Vindt u dat scholing nodig is om de richtlijn te kunnen toepassen?**

- ja
- nee
- geen mening

**21. Heeft u activiteiten ondernomen om inzicht te krijgen in de richtlijn?  
(meerdere antwoorden mogelijk)**

- nee
- ja, themamiddag/workshop
- ja, besproken in IOF
- ja, besproken met collega's
- ja, presentatie op een congres
- ja, toetsingsformulier ingevuld voor lezing van de richtlijn
- anders namelijk

**22. Kunt u aangeven of u de volgende aspecten van de richtlijn duidelijk vindt?**

	helemaal duidelijk	enigszins duidelijk	niet duidelijk	weet niet
Doel van de richtlijn				
Aandoening waarvoor de richtlijn bedoeld is				
Aanbevelingen in de richtlijn				
Prognosebepaling aan de hand van de functiescore				
Gezondheidswinst als gevolg van de behandeling				
Nadelen of risico's als gevolg van de behandeling				
Wanneer uitzonderingen mogelijk zijn				
Het taalgebruik in de richtlijn				
Eventueel toelichting				

**23. Bent u het, over het geheel genomen, eens met de inhoud van de richtlijn?**

- helemaal mee eens
- grotendeels mee eens
- grotendeels mee oneens
- helemaal mee oneens

**24. Wat vindt u van de volgende aspecten omtrent de vormgeving van de uitgebreide versie van de richtlijn?**

Lengte	te lang	goed	te kort
Overzichtelijkheid	goed	matig	slecht

**25. Wat vindt u van de volgende aspecten omtrent de vormgeving van de samenvatting van de richtlijn?**

Lengte	te lang	goed	te kort
Overzichtelijkheid	goed	matig	slecht

**Bij de richtlijn behoren ook een gespreksformulier en een toetsingsformulier.**

**26. Maakt u gebruik van het gespreksformulier?**

- ja
- soms
- nee (ga naar vraag 28)

**27. Op welke manier maakt u gebruik van het gespreksformulier?**

- in een IOF
- in een bespreking met collega's (geen IOF)
- als individuele kennistoets
- anders, namelijk

**28. Maakt u gebruik van het toetsingsformulier?**

- ja
- soms
- nee (ga naar vraag 30)

**29. Op welke manier maakt u gebruik van het toetsingsformulier?**

- als zelfevaluatie/kennistoets
- als checklist bij sommige patienten met acuut enkelletsel
- als checklist bij iedere patient met acuut enkelletsel
- anders, namelijk

**30. Welke voordelen ondervindt u bij het opvolgen van de richtlijn? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- duidelijke aanbevelingen
- waarborging kwaliteit van zorg
- landelijke overeenstemming in de behandeling
- geen
- anders, namelijk

- 31. Welke nadelen ondervindt u bij het opvolgen van de richtlijn?  
(meerdere antwoorden mogelijk)**
- te weinig ruimte voor eigen inbreng
  - sluit niet aan bij eigen wijze van behandelen
  - oneens met een deel van de aanbevelingen
  - praktijk/afdeling hanteert eigen richtlijn
  - tijdgebrek
  - geen
  - anders, namelijk
- 32. Wat is voor u de verhouding tussen voor- en nadelen om deze richtlijn te gebruiken?**
- alleen voordelen
  - meer voordelen dan nadelen
  - evenveel voordelen als nadelen
  - meer nadelen dan voordelen
  - alleen nadelen
- 33. Hoe denkt u over uw toekomstige gebruik van de richtlijn?**
- ik zal de richtlijn even vaak blijven gebruiken als nu
  - ik zal de richtlijn vaker gaan gebruiken
  - ik zal de richtlijn minder vaak gaan gebruiken
- 34. Kent u collega's die de richtlijn gebruiken?**
- ja
  - nee (ga naar vraag 36)
  - weet niet (ga naar vraag 36)
- 35. Hebben ervaringen van collega's invloed gehad op uw mening over de richtlijn?**
- ja, in positieve zin
  - ja, in negatieve zin
  - nee
  - weet niet

**36. Tenslotte willen wij u enkele uitspraken voorleggen over uw mening over richtlijnen in het algemeen, en over de effecten van richtlijnen. Kunt u aangeven in welke mate u het eens bent met deze uitspraken? (kruis bij elke uitspraak het antwoord van uw keuze aan)**

- 1 Helemaal mee eens
- 2 Mee eens
- 3 Deels eens, deels oneens
- 4 Mee oneens
- 5 Helemaal mee oneens

1      2      3      4      5

Richtlijnen moeten verplicht worden  
Richtlijnen zijn van belang om een lijn onder  
fysiotherapeuten te krijgen  
Richtlijnen geven houvast in het dagelijks werk  
Richtlijnen dwingen de fysiotherapeut in een keurslijf  
Richtlijnen leveren een bijdrage aan het waarborgen  
van de kwaliteit van zorg  
Patienten zijn te verschillend voor uniforme richtlijnen  
Richtlijnen zijn een professionele verantwoordelijkheid  
van de beroepsgroep  
Het KNGF geniet mijn vertrouwen als  
verantwoordelijke voor de richtlijn  
Richtlijnen leveren een bijdrage aan doelmatiger en  
kostenbewuster werken  
Richtlijnen zijn zelden haalbaar in lokale situaties

**Indien u nog opmerkingen heeft over richtlijn, of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.**

**Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.**

116

## **BIJLAGE 6: Non-respons vragenlijst voor fysiotherapeuten**

In maart jl heeft u van ons een vragenlijst ontvangen over de bekendheid en het gebruik van richtlijnen, in het bijzonder de richtlijn 'acuut enkelletsel'. In april hebben we u vervolgens nog een herinneringsbrief gestuurd. Deze vragenlijst hebben we echter niet terug ontvangen. Hierbij willen we u graag vragen over de reden waarom u de vragenlijst niet heeft teruggestuurd. Tevens zouden we enkele korte vragen willen stellen om te kijken of de groep fysiotherapeuten die niet heeft gereageerd afwijkt van de groep die wel een vragenlijst heeft ingestuurd. Wilt u hieraan meewerken?

**1 Allereerst wil ik u enkele uitspraken voorleggen over mogelijke redenen waarom u de vragenlijst niet heeft teruggestuurd. Wilt u hierbij aangeven welke uitspraken op u van toepassing zijn?**

- ik had geen tijd
- ik heb geen interesse in richtlijnen
- ik ben het oneens met het gebruik van richtlijnen
- ik heb geen interesse in de richtlijn 'acuut enkelletsel'
- ik weet niet meer wat de reden was
- anders, namelijk

**2 Zijn er nog andere redenen waarom u de vragenlijst niet heeft teruggestuurd?**

- nee
- ja, namelijk

**3 Bent u lid van het KNGF?**

- ja
- nee

**4 Bent u op de hoogte van het bestaan van de richtlijn 'acuut enkelletsel'?**

- ja
- nee – einde van de vragenlijst

**5 Behandelt u wel eens patiënten met acuut enkelletsel?**

- ja
- nee – einde van de vragenlijst

**6 Kent u de inhoud van de richtlijn?**

- ja, helemaal
- globaal
- nee – einde van de vragenlijst

**7**

**Behandelt u patiënten met acuut enkelletsel volgens de richtlijn?**

- ja, altijd
- ja, meestal
- ja, in ongeveer de helft van de gevallen
- ja, soms
- zelden
- nooit

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!



## **BIJLAGE 7: Plan van aanpak**

### **RICHTLIJNEN, STANDAARDEN EN PROTOCOLLEN - NPi - CBO - HAN**

#### **Inleiding**

Richtlijnen, standaarden en protocollen zijn specificaties van de producten van een beroepsgroep. Zij geven weer welke gezondheidsproblemen op welke wijze behandeld worden.

Voor de overzichtelijkheid gebruiken we hierna de term richtlijnen als verzamelnaam voor richtlijnen, standaarden en protocollen<sup>1</sup>.

Binnen het BKPZ-programma ontwikkelt het NPi richtlijnen voor zeven beroepen en de HAN en het CBO elk voor één beroep. Achtereenvolgens bespreken we de aanpak die door NPi, HAN en CBO wordt gevolgd.

#### **Ontwikkeling van richtlijnen - NPi**

In grote lijnen worden voor de ontwikkeling van een richtlijn de volgende type activiteiten door het NPi verricht. Deze zijn onder te verdelen in een aantal stappen

##### **pm Databank van richtlijnen**

Inventariseren van bestaande richtlijnen in het veld en via screening van de (inter)nationale literatuur. Deze richtlijnen opnemen in een te ontwikkelen databank.

##### **pm Vooronderzoek**

Behoeftte aan richtlijnen onderzoeken en mogelijke onderwerpen voor richtlijnen kiezen.

#### **A Oriëntatie**

Opstellen van het werkplan.

Literatuurstudie en patientenraadpleging

Registratie en analyse van het handelen in de praktijk.

(incl. het ontwikkelen van de daarvoor nodige A4 registratieformulieren)

Bij alle nieuw te ontwikkelen richtlijnen respectievelijk standaardbehandelplannen wordt mogelijk voortaan eerst een registratie uitgevoerd om de huidige werkwijze in kaart te brengen. Dit gebeurt in circa 20 praktijken die gespecialiseerd zijn in het betreffende onderwerp. Het aantal te registreren patienten kan variëren omdat dat afhankelijk is van de frequentie waarmee de aandoening in de praktijk voorkomt en de beschikbare registratieperiode.

#### **B Ontwerpfase diagnostisch proces**

Verwijsdiagnose

Paramedische diagnose.

#### **C Check in het werkveld**

Check van het diagnostisch proces in circa 20 praktijken. Met behulp van vragenlijsten wordt de mening van paramedici gepeild over de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk.

#### **D Ontwerpfase therapeutisch proces**

Behandelplan, behandelproces, evaluatie en afsluiting van de behandeling.

<sup>1</sup> We gebruiken de term 'richtlijnen' als verzamelnaam. De beroepsgroepen hebben elk een eigen voorkeur en gebruiken de volgende begrippen: richtlijnen, standaarden, protocollen, standaardzorgplannen en standaardbehandelplannen. Het verschil is vaak meer een kwestie van connotatie dan van een verschil in inhoud.

### **E Check in het werkveld**

Checken van het therapeutisch proces in circa 20 praktijken. meningspeiling onder paramedici met behulp van vragenlijsten

### **F Richtlijn in concept gereed**

### **G Testfase**

Testen van de ontwikkelde richtlijn in de praktijk: meningspeiling onder paramedici met behulp van vragenlijsten  
Patientenraadpleging over de ontwikkelde richtlijn.

### **H Opstellen definitieve richtlijn**

De ontwikkelde richtlijn of standaardbehandelplan wordt aangeboden aan de beroepsvereniging, inclusief een implementatieplan

### **I Vaststelling van de richtlijn door de beroepsvereniging**

Externe partijen worden bij de ontwikkeling van de richtlijnen betrokken. Ten aanzien van de betrokkenheid van patiënten vindt overleg plaats met de NP/CF en WOCZ. Deze organisaties of (via hen) categorale patiëntenorganisaties wordt gevraagd aan de ontwikkeling van de richtlijn mee te werken of commentaar te geven. In elk geval wordt de richtlijn na afronding aan patiënten/consumënten(organisaties) voorgelegd. Het is nog niet te voorspellen in welke mate men vanuit patiëntenzijde bereid (en in staat) is aan de richtlijnontwikkeling mee te werken. Ook van verwijzers en zorgverzekeraars wordt op enigerlei wijze commentaar op de richtlijn gevraagd.

De implementatie van richtlijnen behoort tot de verantwoordelijkheid van de beroepsvereniging, en valt buiten het BKPZ-programma.

De hier geschetste methode is een algemene methode voor richtlijnontwikkeling. De methode wordt op verschillende manieren uitgewerkt en toegepast, afhankelijk van de wensen van de beroepsgroep en bijvoorbeeld de mate waarin wetenschappelijk onderzoek over een aandoening beschikbaar is. Hierover zijn tussen het NPI en elke beroepsvereniging afspraken gemaakt. Deze afspraken laten wij hier buiten beschouwing maar zullen wel betrokken worden bij de eindevaluatie van het BKPZ-programma

### **Ontwikkeling van standaarden – HAN**

De HAN ontwikkelt een set standaarden voor de logopedisten. Deze logopedische standaarden zijn gericht op het proces van de logopedische behandeling, en niet op de zorginhoudelijke kant ervan. Binnen het BKPZ-programma worden 2 sets logopedische standaarden ontwikkeld voor het primair onderwijs (voor het basisonderwijs en voor het speciaal onderwijs). Als methode wordt de Delphi-methode gebruikt. De werkwijze is globaal als volgt:

- Fase 1 In fase 1 wordt eerste een verbijzondering gemaakt van het algemene beroepsprofiel naar een profiel voor het specifieke werkveld. Dit betekent dat in Delphi-rondes wordt vastgesteld welke taken in dat werkveld worden uitgeoefend. Een panel van deskundigen zal in 6 rondes consensus over de standaarden ontwikkelen. Dit panel is breed samengesteld. Er zitten naast logopedisten ook andere deskundigen in.
- Fase 2 In fase 2, dus als de taken van dat werkveld zijn vastgesteld, worden de standaarden (=normen) ontwikkeld door alleen logopedisten. Daarna volgen consensusbijeenkomsten ter legitimering van de standaarden. In deze fase moet duidelijk worden of de standaarden voor logopedisten omstreden zijn, en zullen adviezen voor de implementatie van de standaarden worden opgesteld.

Fase 3 In fase 3, tenslotte, wordt een kwaliteitsmeetinstrument ontwikkeld, waarin concrete vragen worden opgenomen aan logopedisten en aan patienten/familie over diverse aspecten van de standaarden. Een zekere 'normering' voor het beoordelen van de antwoorden wordt afgeleid uit de standaarden. Dit meetinstrument is een verbetering van een vorig meetinstrument, en een aanpassing voor de huidige standaarden. Het betreft een papieren meetinstrument. Tenslotte volgt omzetting van het papieren meetinstrument naar een geautomatiseerd meetinstrument.

Momenteel wordt ook gewerkt aan een geautomatiseerde versie van dit kwaliteitsmeetinstrument. De uitkomst van de meting wordt uitgedrukt in een getal. Er is een discussie gaande over het nut en de interpretatie van zo'n getalsmatige uitkomst.

De implementatie van de standaarden is de verantwoordelijkheid van de NVLF, en valt buiten het BKPZ-programma. Wel worden door de HAN adviezen voor het implementeren opgesteld (zie fase 2). Er bestaat een 1-daagse introductie cursus voor de logopedische standaarden, die is ontwikkeld door de opleiding logopedie van de HAN.

Binnen het BKPZ-programma zal door het CBO een methode worden ontwikkeld voor intercollegiale toetsing aan de standaarden (zie onder intercollegiale toetsing).

### **Ontwikkeling van richtlijnen – CBO**

Het CBO gaat verder met de ontwikkeling van richtlijnen voor de orthoptisten. Hiermee was een begin gemaakt binnen het OKPZ-programma. De orthoptisten gebruiken de term standaardzorgplan in plaats van richtlijn. Deze term is gekozen omdat andere begrippen zoals 'Richtlijnen, standaarden en protocollen' weerstand op zouden kunnen roepen volgens de NVvO. Bovendien is het standaardzorgplan niet bedoeld als een strakke richtlijn, maar meer als een instrument met behulp waarvan de orthoptisten hun eigen behandelingen kunnen evalueren en verbeteren. Ook moet het instrument uitnodigen tot een kritische reflectie: waarom doe ik het zo?

In het BKPZ-programma worden twee verschillende projecten uitgevoerd. In een project wordt het standaardzorgplan Amblyopiebehandeling ontwikkeld en in een ander project wordt een protocol voor preoperatief onderzoek strabismuschirurgie ontwikkeld.

In het OKPZ-programma is de haalbaarheid onderzocht van het ontwikkelen van een standaardzorgplan en is een plan van aanpak opgesteld. Dit is gedaan door kritische kwaliteitskenners op te stellen over de belangrijkste resultaat- en proceskenmerken en door hierover gegevens te verzamelen in 10 praktijken (190 patienten). Binnen het BKPZ-programma zal vervolgens een standaardzorgplan worden ontwikkeld. Bij deze ontwikkeling zullen onder andere de registraties uit de 10 praktijken worden gebruikt. De aanpak is uitgebreid beschreven in een CBO-rapport (CBO, februari 1998).

Het te ontwikkelen protocol voor preoperatief onderzoek strabismuschirurgie zal getoetst worden via registraties in 8 orthoptiepraktijken.

### **Stand van zaken bij aanvang van het BKPZ-programma.**

#### *Dietisten*

De dietisten beschikken bij aanvang van het BKPZ-programma over een databank van lokale protocollen. Aanvullend op de inventarisatie van inhoudelijke (lokale) protocollen zullen ook organisatorische protocollen worden geïnventariseerd, met name met betrekking tot de toepassing van de kwaliteitsborgingsnorm.

De dietisten beschikken eveneens over een concept Raamwerk Protocollen Dietetiek. Dit zal worden geevalueerd en zonodig bijgesteld (door het CBO). De evaluatie van het Raamwerk houdt ondermeer in dat dietisten regionaal (per kring) om reactie wordt gevraagd.

#### *Ergotherapeuten*

De ergotherapeuten gebruiken de term standaarden in plaats van richtlijnen. Bij aanvang beschikken de ergotherapeuten over twee standaarden (handletsel en WVG advisering). Deze zijn ontwikkeld door het CBO en zullen door het CBO worden afgerond binnen het BKPZ-programma. Ook beschikt men over een databank van standaarden voor de ergotherapie, deze zal doorlopen tijdens het BKPZ-programma.

#### *Fysiotherapeuten*

De fysiotherapeuten beschikken bij aanvang van het BKPZ-programma over drie richtlijnen (enkeldistorsie, stress-incontinentie en CARA). Deze zullen binnen het BKPZ-programma worden omgezet naar richtlijnen 'nieuwe stijl'. Dit betekent dat in de richtlijn ook een raming wordt gemaakt van het aantal benodigde sessies gerelateerd aan patientkenmerken. Dit ontbreekt tot nu toe. Daarnaast worden nieuwe richtlijnen ontwikkeld (zie bijlage 1).

#### *Logopedisten*

De logopedisten beschikken bij aanvang van het BKPZ-programma over sets van standaarden voor 5 werkvelden, voor: de vrije vestiging, audiologische centra, algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen (somatische en psychogeriatrische afdelingen).

#### *Mondhygienisten*

Oefentherapeuten-Cesar

Oefentherapeuten Mensendieck

Podotherapeuten

Deze vier beroepen beschikken nog niet over richtlijnen bij aanvang van het BKPZ-programma.

**Dimensie 1: De ontwikkeling van de richtlijn.**

	Ergotherapie		Fysiotherapie			Mondhygiëne	Cesar				Mensendieck	Orthoptie	
	Zit	ALS	Artrose heup/knie	Whiplash	Osteoporose	Tandsteen	Bekkenpijn	Bechterew	Scoliose	Osteoporose	Nekschouder	Amblyopie	Strabismus
1	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
4	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
7	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	NVT	NVT
8	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
9	NVT	NVT	Ja	Ja	Ja	NVT	NVT	Nee	Ja	Ja	Ja	NVT	NVT
10	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
11	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	NVT	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
12	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
13	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
14	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
15	NVT	Ja	Nee	NVT	NVT	NVT	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
16	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja
17	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	Nee
18	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
19	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
20	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet	Weet niet
Totaal <sup>1</sup>	9	11	10	9	9	5	10	11	12	12	9	6	7

<sup>1</sup> Totaal aantal keren 'ja' geantwoord op de verschillende items

## Dimensie 2: Kader en inhoud van de richtlijn.

	Ergotherapie		Fysiotherapie			Mond- hygiene	Cesar			Mensen- dieck	Orthoptie		
	Zit	ALS	Artrose heup/ knie	Whiplash	Osteo- porose	Tand- steen	Bekken- pijn	Bech- terew	Scoliose	Osteo- porose	Nek- schouder	Ambly- opie	Strabis- mus
21	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja
22	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
23	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja
24	NVT	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja
25	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
26	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
27	NVT	Ja	Ja	Ja	Ja	NVT	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	NVT
28	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
29	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
30	NVT	Nee	Nee	Nee	Nee	NVT	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	NVT
31	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
32	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Totaal <sup>1</sup>	9	10	8	7	9	7	8	10	9	8	9	9	8

<sup>1</sup> Totaal aantal keren 'ja' geantwoord op de verschillende items

## Dimensie 3: De toepassing van de richtlijn.

	Ergotherapie		Fysiotherapie			Mond- hygiene	Cesar			Mensen- dieck	Orthoptie		
	Zit	ALS	Artrose heup/ knie	Whiplash	Osteo- porose	Tand- steen	Bekken- pijn	Bech- terew	Scoliose	Osteo- porose	Nek- schouder	Ambly- opie	Strabis- mus
33	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
34	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
35	NVT	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja
36	NVT	Nee	Ja	Ja	Ja	NVT	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	NVT
37	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Totaal <sup>1</sup>	1	0	1	1	1	0	3	2	1	2	1	1	2

<sup>1</sup> Totaal aantal keren 'ja' geantwoord op de verschillende items

## **Andere rapporten onlangs verschenen bij het Nivel:**

### **Kwaliteitsbevordering paramedische zorg. evaluatie visitatie**

**Auteurs:** H Hofhuis, J.Dekker, E van den Ende

**Utrecht:** Nivel 2000, 990 pag. fl 26,50

Dit rapport beschrijft de evaluatie van acht projecten in het Programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ). In deze projecten zijn methoden voor visitatie ontwikkeld voor acht paramedische beroepsgroepen: dietisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Vier vragen staan centraal: zijn de projecten volgens plan verlopen, zijn de streefdoelen behaald, wat zijn de gepercipieerde effecten van visitatie en hoe waarderen paramedici visitatie? Door middel van documentanalyse en interviews met projectgroep-leden zijn de eerste twee vragen beantwoord, de laatste twee vragen door vragenlijstonderzoek onder gevisiteerden. Geconcludeerd kon worden dat de projecten volgens plan zijn verlopen, 95% van de streefdoelen is volledig gerealiseerd. Op vrijwel alle aspecten van de praktijkvoering worden verbeteringen aangebracht. Aspecten die veel genoemd worden zijn de patiënten-administratie, kwaliteitsbeleid en de samenwerking met verwijzers. Paramedici zijn positief over visitatie.

### **Kwaliteitsbeleidsplannen van de paramedische beroepsverenigingen. Een overzicht**

**Auteurs:** H. Hofhuis, E van den Ende

**Utrecht:** Nivel, 2000, 74 pag., fl 32,50

In dit rapport wordt een beknopt overzicht gegeven van de kwaliteitsbeleidsplannen van de paramedische beroepsgroepen voor de periode 2000-2003. In 2000 starten zij met kwaliteitsprojecten die uitgevoerd worden in het kader van een drie jaar durend kwaliteitsprogramma getiteld 'Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (IKPZ)'. Dit IKPZ-programma wordt in opdracht van de minister van VWS onder auspiciën van het College van Zorgverzekeringen uitgevoerd. Aan de hand van criteria die aan literatuur op het gebied van kwaliteitszorg zijn ontleend worden de kwaliteitsbeleidsplannen in dit rapport beschreven. De criteria hebben betrekking op de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid, kwaliteitsinstrumenten waarmee uitvoering zal worden gegeven aan het beleid, de samenhang tussen kwaliteitsactiviteiten en beoogde kwaliteitsprojecten. Als de paramedische beroepsgroepen er in slagen om de gewenste samenhang tussen de kwaliteitsactiviteiten te realiseren, dan zullen zij in 2003 een belangrijke stap hebben gezet op weg naar een samenhangend kwaliteitssysteem.