

ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN, STANDAARDEN EN PROTOCOLLEN DOOR DE PARAMEDISCHE BEROEPS- GROEPEN

EINDEVALUATIE VAN HET PROGRAMMA ONDERSTEUNING KWALI- TEITSBELEID PARAMEDISCHE ZORG (OKPZ)

Deelrapport 3

**Esther Visser
Emmy Sluijs
Joost Dekker**

Utrecht, September 1997



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

**NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Drieharingstraat 6 - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht
Telefoon: 030 - 2729700 - Telefax: 030 - 2729729**

10 Dit project is gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
11 (VWS)

18 CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

19 Visser, E.

20 Ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen door de paramedische be-
21 roepsgroepen. Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Para-
22 medische Zorg / E. Visser, E.M. Sluijs, J. Dekker

23 Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

24 Met lit. opg.

25 ISBN 90-6905-341-1

26 Trefw.: kwaliteitsbeleid, paramedici, richtlijnen, standaarden, protocollen

INHOUD

	pag.
VOORWOORD	5
1 HET PROGRAMMA OKPZ	7
1.1 Doel van het programma OKPZ	7
1.2 Het evaluatie-onderzoek	10
1.3 Het deelonderzoek naar richtlijnen, protocollen en standaarden	12
2 DE ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN PER BEROEPSGROEP	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Bijdrage van het ondersteuningsprogramma	15
2.3 Overzicht per beroepsgroep	17
3 CENTRALE OF LOKALE RICHTLIJNONTWIKKELING	19
3.1 Inleiding	19
3.2 De centrale methode voor richtlijnontwikkeling in de fysiotherapie	21
3.3 Het raamwerk voor lokale protocolontwikkeling in de diëtetiek	24
4 HET DOEL VAN RICHTLIJNEN	27
4.1 Inleiding	27
4.2 De doelen van de paramedische beroepsgroepen	28
5 HET ONDERWERP VAN EEN RICHTLIJN	31
5.1 Inleiding	31
5.2 De onderwerpen van de paramedische beroepsgroepen	32
6 HET PROCES EN DE INHOUD VAN DE BEHANDELING	35
6.1 Inleiding	35
6.2 Richtlijnen voor het proces van de behandeling	35
6.3 Richtlijnen voor het proces en de inhoud van de behandeling	36
7 HET TOTSTANDKOMEN VAN EEN RICHTLIJN	39
7.1 Inleiding	39
7.2 De Delphi-methode in de logopedie	39
7.3 Wetenschappelijke onderbouwing in de fysiotherapie	40
7.4 Praktijkregistratie in de orthoptie	41
7.5 Een combinatie in de ergotherapie en de diëtetiek	41
8 IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN	43
8.1 Inleiding	43
8.2 Implementatieplannen bij de paramedici	44
9 BESCHOUWING	47
LITERATUUR	49

1. The first step in the process of...
2. The second step is to...
3. The third step is to...
4. The fourth step is to...
5. The fifth step is to...

6. The sixth step is to...
7. The seventh step is to...
8. The eighth step is to...
9. The ninth step is to...
10. The tenth step is to...

11. The eleventh step is to...
12. The twelfth step is to...

13. The thirteenth step is to...
14. The fourteenth step is to...
15. The fifteenth step is to...
16. The sixteenth step is to...
17. The seventeenth step is to...
18. The eighteenth step is to...
19. The nineteenth step is to...
20. The twentieth step is to...

21. The twenty-first step is to...
22. The twenty-second step is to...
23. The twenty-third step is to...
24. The twenty-fourth step is to...
25. The twenty-fifth step is to...

26. The twenty-sixth step is to...
27. The twenty-seventh step is to...
28. The twenty-eighth step is to...
29. The twenty-ninth step is to...
30. The thirtieth step is to...

31. The thirty-first step is to...
32. The thirty-second step is to...
33. The thirty-third step is to...
34. The thirty-fourth step is to...
35. The thirty-fifth step is to...

36. The thirty-sixth step is to...
37. The thirty-seventh step is to...
38. The thirty-eighth step is to...
39. The thirty-ninth step is to...
40. The fortieth step is to...

VOORWOORD

Voor u ligt een rapport over de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden door de paramedische beroepsgroepen. Dit is één van de vier deelrapporten die samen de eindevaluatie vormen van het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (OKPZ). In dit programma is door het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing) en het NPi (Nederlands Paramedisch Instituut) ondersteuning geboden aan de tien paramedische beroepen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.

Het programma had een looptijd van 3 jaar, van 1 januari 1994 tot 31 december 1996. Het programma is jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL zodat het programma tussentijds bijgesteld kon worden. Het eerste interimrapport is verschenen in juni 1995 en het tweede interimrapport in mei 1996. In de huidige eindevaluatie wordt de balans opgemaakt van het driejarige ondersteuningsprogramma voor paramedici.

De eindevaluatie bestaat uit vier deelrapporten. In elk deelrapport staat een onderwerp centraal namelijk:

1. Het kwaliteitsbeleid

Het eerste deelrapport laat de vooruitgang zien die de paramedische beroepen sinds 1994 hebben geboekt in de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Dat het ondersteuningsprogramma hieraan een belangrijke bijdrage heeft geleverd wordt in het rapport beschreven. Het eerste rapport geeft een algemeen overzicht over de paramedische kwaliteitsontwikkelingen. De overige deelrapporten bevatten details.

2. Intercollegiale toetsing

In het tweede deelrapport staat intercollegiale toetsing centraal. Beschreven wordt wat de effecten zijn van intercollegiale toetsing door diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, radiotherapeutisch laboranten en radiodiagnostisch laboranten.

3. Richtlijnen, standaarden en protocollen

Dit derde deelrapport beschrijft op welke wijze vijf paramedische beroepen gestart zijn met de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen. De verschillen in aanpak worden belicht en de gemaakte keuzes verduidelijkt.

4. Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk

In het vierde deel staan de paramedische beroepsbeoefenaren zelf centraal. Het rapport bevat de resultaten van een enquête onder alle tien de paramedische beroepsgroepen. Beschreven wordt wat het draagvlak is voor de huidige kwaliteitsontwikkelingen en wat deze ontwikkelingen betekenen voor de dagelijkse praktijk van de beroepsuitoefening.

De deelrapporten zijn afzonderlijk te lezen. De overlap tussen de rapporten betreft alleen de eerste twee paragrafen in hoofdstuk 1 die identiek zijn in elk deelrapport. Deze bevatten een overzicht van het gehele ondersteuningsprogramma en de opzet van het evaluatie-onderzoek.

Utrecht, September 1997

1 HET PROGRAMMA OKPZ

1.1 Doel van het programma OKPZ

Het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' is in januari 1994 van start gegaan en had een looptijd van drie jaar (tot en met december 1996). Het programma is uitgevoerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). De voortgang van het programma is onderzoeksmatig begeleid door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

Het algemene doel van het programma was de tien paramedische beroepsgroepen te ondersteunen bij het verder ontwikkelen en vormgeven van hun kwaliteitsbeleid. De paramedische beroepen zijn:

- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten-Cesar
- Oefentherapeuten-Mensendieck
- Orthoptisten
- Podotherapeuten
- Radiologisch Laboranten

Ondanks de verschillen tussen de beroepsgroepen achtten de paramedici het zinvol hun kwaliteitsbeleid tot op zekere hoogte op elkaar af te stemmen. Daarom hebben deze beroepen in 1993 gezamenlijk een verzoek ingediend bij het Ministerie van VWS om hen te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het ministerie heeft dit verzoek ingewilligd met het subsidiëren van het driejarige ondersteuningsprogramma. Het ministerie was daarbij uit doelmatigheidsoverwegingen voorstander van een programmatische aanpak, waarmee wordt bedoeld dat de ondersteuning zoveel mogelijk aan de tien paramedische beroepsgroepen gezamenlijk zou worden gegeven. Dit om een optimale inzet van middelen te waarborgen en versnippering van kennis en deskundigheid te voorkómen. Het ondersteuningsprogramma bestond dan ook uit een algemeen deel waarin ondersteuning wordt geboden aan zoveel mogelijk beroepen gezamenlijk en een specifiek deel waarin specifieke projecten voor elke beroepsgroep werden uitgevoerd om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de individuele wensen van elke beroepsgroep.

Het programma omvatte ten eerste persoonlijke advisering aan de beroepsgroepen door CBO-consulenten. Deze consulenten adviseerden de beroepsverenigingen onder andere omtrent de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Ten tweede omvatte het programma een groot aantal gemeenschappelijke werkconferenties en studiedagen over onderwerpen die betrekking hebben op ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid. Ten derde werden voor elke beroepsgroep specifieke projecten uitgevoerd, gericht op de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, intercollegiale toetsing, visita-

tie en deskundigheidsbevordering. Zie schema 1.1 voor een globaal overzicht van de verrichte activiteiten.

Schema 1.1: Overzicht activiteiten binnen het programma OKPZ

Kwaliteitsbeleid:	- Consulentenschap per beroepsgroep (CBO)
Normering:	- Richtlijnen voor de fysiotherapie (KNGF*, NPi, CBO) - Standaarden voor de logopedie (CBM**) - Standaarden voor de ergotherapie (CBO) - Richtlijn voor de orthoptie (CBO) - Raamwerk voor protocollen in de diëtetiek (CBO) - Inventarisatie paramedische protocollen (NPi)
Toetsing:	- Intercollegiale toetsing in de ergotherapie (CBO) - Intercollegiale toetsing in de diëtetiek (CBO) - Intercollegiale toetsing in de fysiotherapie (CBO) - Kwaliteitstoetsing door radiotherapeutisch laboranten (CBO) - Kwaliteitstoetsing door radiodiagnostisch laboranten (CBO) - Intercollegiale gespreksgroepen van mondhygiënisten (CBO) - Intercollegiale toetsing oefentherapie-Mensendieck (CBO) - Systematische kwaliteitsbevordering oefentherapie-Cesar (CBO) - Visitatie in de podotherapie (CBO)
Deskundigheidsbevordering	- Advisering bij/nascholingssystemen radiologisch laboranten (NPi) - Raamwerk kwaliteitscriteria voor scholing (NPi) - Regelingen voor herintredende orthoptisten (CBO) - Onderwijsmodule kwaliteitszorg radiodiagnostiek (CBO)
Overig	- Ontwikkeling diagnosecode oefentherapie-Cesar (NPi) - Inventarisatie knelpunten in de orthoptie (NPi) - Registratie patiëntengegevens in de orthoptie (NPi) - Werkgroep publikaties (CBO, NPi) - Werkgroep financiering kwaliteitsbeleid (CBO, NPi) - Documentatie- en informatievoorziening (NPi)
Werkconferenties/studiedagen	- Zeven gezamenlijke werkconferenties - Twee gezamenlijke studiedagen - Een symposium - Een afsluitende manifestatie

*) KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**) CBM = Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de inhoud van alle activiteiten verwijzen we naar de Eindrapportage van het Programma OKPZ: periode januari 1994 tot en met december 1996, uitgegeven door het CBO in januari 1997. We beperken ons hier tot de hoofdlijnen en geven een toelichting op schema 1.1.

Kwaliteitsbeleid. Het programma had als hoofddoel de paramedici te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Daartoe is aan elke paramedische beroepsgroep een eigen CBO-consulent toegewezen. Deze consulenten hebben de beroepsgroep gedurende drie jaar met name terzijde gestaan bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. In het eerste deelrapport wordt de voortgang van het kwaliteitsbeleid beschreven.

Normering. In het schema is te zien dat zes projecten zijn uitgevoerd gericht op normering van de beroepsuitoefening. Het accent ligt daarbij op de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden of protocollen. Deze ontwikkelingen, die nog in een pril stadium verkeren, worden in dit deelrapport beschreven. Het is de bedoeling dat ook na 31 december 1996 de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden of protocollen en de implementatie daarvan wordt doorgezet in het vervolgprogramma dat medio 1997 van start gaat.

Toetsing. In het programma lag een zwaartepunt op intercollegiale toetsing. Voor zeven beroepsgroepen zijn door het CBO methodieken voor intercollegiale toetsing ontwikkeld, zoals het schema laat zien. Vervolgens is intercollegiale toetsing op experimentele schaal in de diverse beroepsgroepen ingevoerd en zonodig bijgesteld. Het tweede deelrapport is geheel aan intercollegiale toetsing gewijd en aan de effecten daarvan zoals deze door de deelnemers zijn gepercipieerd.

Deskundigheidsbevordering. Door het NPi is een raamwerk ontwikkeld om de kwaliteit van bij- en nascholing vast te stellen. Op basis van dit raamwerk kan elke beroepsgroep zelf invullen welke kwaliteitseisen zij aan de na- en bijscholing stellen. Het vaststellen van deze eisen vormt de aanloop tot accreditatie van bij- en nascholing. Het schema laat daarnaast zien dat voor orthoptisten de herintreding is gereguleerd. Een kwaliteitsmodule voor de opleiding van radiodiagnostisch laboranten is voltooid. (Buiten beschouwing blijven in dit rapport de activiteiten van het NPi die binnen het eigen budget zijn uitgevoerd, los van het programma OKPZ).

Overige projecten. Voor de oefentherapeuten-Cesar is door het NPi een diagnosecode ontwikkeld zodat zij nauwkeuriger kunnen gaan registreren welke patiëntengroepen door de oefentherapeuten-Cesar worden behandeld. Een vervolgproject zal gericht zijn op het implementeren van de diagnosecode. Bij de orthoptisten zijn de knelpunten in de beroepsuitoefening geïnventariseerd. Een aantal veel genoemde knelpunten wordt in specifieke projecten aangepakt.

Werkconferenties en studiedagen. Op de conferenties en studiedagen (totaal tien) werd steeds één onderwerp met betrekking tot kwaliteitszorg verkend (kwaliteitsbeleid, richtlijnen, toetsing enzovoorts). Deze werkconferenties en studiedagen zijn steeds voor alle paramedische beroepsgroepen gezamenlijk gehouden. Hierdoor konden de vertegenwoordigers van elk paramedisch beroep onderling ideeën uitwisselen en leren van elkaars ervaringen. Het programma OKPZ is formeel afgesloten met de geslaagde slotmanifestatie 'Kwaliteit in beweging' in het najaar van 1996 (CBO, 1997).

Uit het overzicht blijkt dat een scala van projecten en activiteiten binnen het programma OKPZ is ondernomen. Het accent lag daarbij op het ontwikkelen van methodieken en de experimentele invoering daarvan. Het programma OKPZ was niet gericht op implementatie. Implementatie zal wel centraal staan in het vervolgprogramma BKPZ. Veel projecten waren specifiek op maat van een bepaalde beroepsgroep toegesneden, zoals ook door de beroepsgroepen werd gewenst. De programmatische aanpak in het programma kwam met name tot uiting in de gemeenschappelijke thema's van de activiteiten: kwaliteitsbeleid, normering, toetsing en deskundigheidsbevordering.

1.2 Het evaluatie-onderzoek

Doelen en vraagstelling

De voortgang van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg is jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL. Deze jaarlijkse evaluaties dienden gegevens aan te leveren voor tussentijdse bijstelling van het programma. Dit is inderdaad gerealiseerd op basis van de beide eerder verschenen interimrapporten. Zie Driessen, Sluijs en Dekker, 1995; Sluijs en Dekker, 1996. In deze rapporten is de onderzoeksoptzet uitgebreid beschreven. We beperken ons hier tot de hoofdlijnen.

Conform het onderzoeksvoorstel had het onderzoek het karakter van een proces-evaluatie op hoofdlijnen. Het onderzoek had tot doel: 'te onderzoeken of het programma erin slaagt een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling en vormgeving van het kwaliteitsbeleid door de tien paramedische beroepen'. Deze algemene doelstelling is vertaald in de volgende vier concrete onderzoeksvragen:

- 1a In hoeverre slagen de paramedische beroepsverenigingen erin hun kwaliteitsbeleid (verder) te ontwikkelen?
- 1b In hoeverre slagen de paramedische beroepsverenigingen erin hun kwaliteitsbeleid te vertalen in concrete kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten?
- 1c In hoeverre zijn deze kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten implementeerbaar in de beroepsgroep en welke van deze activiteiten zijn in het kader van het programma geïmplementeerd?
- 2 In hoeverre draagt het Programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg bij aan deze ontwikkelingen?

Evaluatie op het niveau van de beroepsvereniging

De actuele voortgang van het kwaliteitsbeleid en van de kwaliteitsbewakende en bevorderende activiteiten (vraag 1a en 1b) is in kaart gebracht via een enquête onder de tien beroepsverenigingen. Deze enquête is gedurende de looptijd van het ondersteuningsprogramma drie maal door de beroepsverenigingen ingevuld: begin 1995, 1996 en 1997). De enquête is als bijlage opgenomen in het eerste deelrapport. Jaarlijks werd aan de beroepsvereniging gevraagd de veranderingen ten opzichte van het vorige jaar aan te geven.

De bijdrage van het ondersteuningsprogramma (vraag 2) is eveneens jaarlijks geëvalueerd. Daartoe zijn interviews gehouden met de besturen en kwaliteitscommissies van de tien paramedische beroepsverenigingen. De interviews vonden plaats aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst die vooraf aan het bestuur was toegezonden (Driessen e.a., 1995). In de vragenlijst wordt o.a. gevraagd naar de ondersteuning door de CBO consultants, de uitvoering van de specifieke projecten binnen het programma, de werkconferenties enzovoorts. Naast de actuele voortgang werd gevraagd in hoeverre men tevreden was over de voortgang van het programma.

Evaluatie op het niveau van de toetsingsgroepen

Voor de evaluatie van alle toetsingsprojecten zijn vragenlijsten ontwikkeld voor de begeleiders van en de deelnemers aan de toetsingsgroepen. In deze vragenlijsten wordt gevraagd naar het oordeel over het scholingsprogramma, de onderwerpen die zijn getoetst en de gepercipieerde effecten en voor- en nadelen van toetsing (zie bijlage in deelrapport 2). Deze vragenlijsten zijn toegezonden aan de deelnemers en begeleiders van toetsingsgroepen in de ergotherapie, diëtetiek, fysiotherapie, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten. Het tweede deelrapport beschrijft de respons op en de resultaten van de enquêtes.

Evaluatie op het niveau van het kader van de beroepsgroep

Voor het beantwoorden van vraag 1c - de implementatie van de kwaliteitsactiviteiten - is een vragenlijst ontwikkeld voor het kader van elke beroepsgroep. Het kader vormt de verbinding tussen bestuur en veld. Voor dit 'tussenniveau' was gekozen omdat niet verwacht kon worden dat nieuw ontwikkelde instrumenten al gedurende de looptijd van het OKPZ-programma op grote schaal in de beroepsgroep geïmplementeerd zouden zijn. In de vragenlijst wordt gevraagd in hoeverre men op de hoogte is van de ontwikkelde activiteiten, in hoeverre men deze implementeerbaar acht en welk belang men daaraan hecht. In totaal zijn ruim 900 enquêtes ingevuld. De respons en de resultaten worden beschreven in het vierde deelrapport.

Evaluatie bij de uitvoerders van het programma

Tenslotte zijn jaarlijks eveneens interviews gehouden met de uitvoerders van het programma, namelijk met vertegenwoordigers van het CBO en met vertegenwoordigers van het NPi. Ook zij hebben hun oordelen over de voortgang van het ondersteuningsprogramma gegeven.

Samenvattend zijn tussen 1994 en 1997 de volgende metingen verricht

Metingen	Voormetingen	Tussenmetingen	Eindmetingen
Interviews beroepsvereniging/kwaliteitscommissie	najaar '94	najaar '95	najaar '96
Enquêtes beroepsverenigingen	najaar '94	najaar '95	najaar '96
Interviews uitvoerders van het programma	najaar '94	najaar '95	najaar '96
Enquêtes onder het kader van de beroepsgroepen	--	--	najaar '96
Enquêtes onder de leden van toetsingsgroepen	steeds na afloop van een project		

De metingen startten steeds in het najaar en werden afgerond in het voorjaar van het jaar daarop.

In elk deelrapport wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van de getrokken steekproeven, de respons en de resultaten.

Omdat het ondersteuningsprogramma een experimenteel karakter had, waren vooraf geen concreet meetbare einddoelen gesteld. Daarmee ontbreekt een kader voor objectieve evaluatie van het OKPZ-programma. De evaluatie weerspiegelt de mening van de paramedische beroepsverenigingen over de bereikte resultaten.

1.3 Het deelonderzoek naar richtlijnen, protocollen en standaarden

Het vervolg van dit rapport is gericht op één onderwerp uit het OKPZ-programma, namelijk de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen. Deze ontwikkeling staat nog in de kinderschoenen, zodat een evaluatie van ontwikkelde richtlijnen en protocollen nog niet tot de mogelijkheden behoorde. Daarom is ervoor gekozen in dit rapport een beknopt overzicht te geven van de diverse soorten protocollen en richtlijnen die er bestaan en van overwegingen die een rol spelen bij het maken van keuzes op dit gebied. Vervolgens wordt beschreven voor welk soort richtlijnen een aantal paramedische beroepen heeft gekozen en wat hun overwegingen daarbij zijn geweest. Daarbij wordt nader ingegaan op de verschillen in aanpak tussen de paramedische beroepen.

Deze verschillen worden, voor zover mogelijk, geïllustreerd met een voorbeeldprotocol uit elke beroepsgroep.

Met deze opzet is het voorliggende rapport meer informatief dan evaluatief van karakter. Voor deze opzet is gekozen omdat een aantal beroepsgroepen binnenkort zal starten met het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen. Zij hebben zich tijdens de OKPZ programma niet met dit onderwerp beziggehouden. Daarnaast is uit de interviews met de beroepsverenigingen gebleken, dat ook bij degenen die al een eerste start hebben gemaakt, behoefte bestaat aan meer informatie om te zien of men de juiste keuzes heeft gemaakt en op de ingeslagen weg zal voortgaan. De mogelijke varianten in het ontwikkelingsproces worden aangegeven. We hopen dat dit rapport in een behoefte voorziet.

De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op de projectverslagen van het CBO en het NPi, op de beschikbare literatuur en op de jaarlijkse interviews die het NIVEL heeft gehouden met de besturen en kwaliteitscommissies van de paramedische beroepsverenigingen.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft welke activiteiten binnen het OKPZ-programma ondernomen zijn. Hoofdstuk 3 gaat in op centrale en lokale richtlijnen de methode volgens welke in de fysiotherapie centrale richtlijnen worden ontwikkeld en het raamwerk dat voor lokale diëtistische protocollen is ontwikkeld. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de verschillende doelen die met richtlijnen of protocollen worden beoogd. Hoofdstuk 5 behandelt de onderwerpskeuze, dat wil zeggen, op grond waarvan worden de behandelingen voor richtlijnen geselecteerd. Hoofdstuk 6 illustreert dat er een belangrijk verschil bestaat tussen richtlijnen die het behandelproces in kaart brengen en richtlijnen die niet alleen het proces maar ook de inhoud van de behandeling voorschrijven. Hoofdstuk 7 beschrijft dat richtlijnen tot stand kunnen komen op basis van wetenschappelijk onderzoek, op basis van ervaringskennis of via de Delphi-methode.

Hoofdstuk 8 beschrijft de implementatieplannen zoals die bij de paramedici bestaan. Het rapport besluit met een beschouwing in hoofdstuk 9.

Elk hoofdstuk bestaat globaal uit twee delen. Het eerste deel bevat algemene informatie over de ontwikkeling van richtlijnen, waarbij we ons zoveel mogelijk hebben beperkt tot praktische aanbevelingen die in de (theoretische) literatuur worden gegeven. In het tweede deel van elk hoofdstuk staan de paramedische beroepen centraal. Hierbij wor-

den voorbeelden weergegeven van de stappen die door de vijf beroepsgroepen reeds genomen zijn.

N.B. In dit rapport is voor de overzichtelijkheid de term 'richtlijn' als verzamelnaam gekozen. Deze term staat voor 'richtlijnen, standaarden en protocollen' tenzij anders is vermeld.

2 DE ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN PER BEROEPSGROEP

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van projecten gericht op de ontwikkeling van paramedische richtlijnen, standaarden en protocollen. Binnen het OKPZ-programma zijn vijf van dergelijke projecten uitgevoerd. Paragraaf 2.2 geeft een overzicht van deze projecten. In paragraaf 2.3 volgt een beschrijving per beroepsgroep.

Richtlijnen, standaarden en protocollen schrijven in zijn algemeenheid voor hoe in een bepaalde situatie dient te worden gehandeld. In de theorie zijn deze drie begrippen niet scherp afgebakend en worden als volgt omschreven. Een protocol is op te vatten als een logisch stroomdiagram dat bij elke nieuwe stap in de procedure slechts één actie aanbeveelt. Een richtlijn is een regel waarnaar gewerkt wordt, een leidraad voor het handelen. Een standaard is een onderling overeengekomen uitvoeringsniveau, oftewel schriftelijk vastgelegde afspraken over het kwaliteitsniveau (NRV, 1992). In de praktijk blijkt het onderscheid tussen richtlijnen, protocollen en standaarden nog diffuser te zijn dan in theorie. De verschillen zullen in het verloop van dit rapport worden geïllustreerd aan de hand van voorbeelden. De begrippen worden - ook binnen de paramedische beroepsgroepen - vrij willekeurig gebruikt. Om die reden, en ter vereenvoudiging van de tekst, wordt in dit rapport de term 'richtlijn' als overkoepelende term gebruikt.

Zoals in paragraaf 1.3 reeds is opgemerkt heeft dit deelrapport een informatief karakter. Het belangrijkste doel is inzicht te verschaffen in de diverse varianten die bij de invulling van richtlijnen, standaarden en protocollen worden gebruikt, alsmede zicht te geven op de overwegingen die tot een specifieke keuze (kunnen) leiden. Aan deze informatie bestaat behoefte binnen de paramedische beroepsverenigingen, zoals ons in diverse interviews is meegedeeld.

2.2 Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Zoals in het vorige hoofdstuk te lezen was, zijn binnen het programma OKPZ de volgende projecten uitgevoerd:

Schema 2.1: Overzicht activiteiten binnen het programma OKPZ

Normering:	<ul style="list-style-type: none">- Richtlijnen voor de fysiotherapie (KNGF*, NPi, CBO)- Standaarden voor de logopedie (CBM**)- Standaarden voor de ergotherapie (CBO)- Richtlijn voor de orthoptie (CBO)- Raamwerk voor protocollen in de diëtetiek (CBO)- Inventarisatie paramedische protocollen (NPi)
-------------------	--

*) KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**) CBM = Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen.

Het richtlijnen-project voor de fysiotherapie wordt gezamenlijk uitgevoerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Het standaarden-project in de Logopedie wordt uitgevoerd door het Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen (CBM). Beide projecten waren al vóór de aanvang van het OKPZ-programma gestart en werden in 1994 in het OKPZ-programma opgenomen.

De overige projecten - voor de ergotherapie, de orthoptie en de diëtetiek - zijn in de periode 1995/96 van start gegaan. Eveneens in die periode is het NPI begonnen met de inventarisatie van paramedische protocollen.

Voor alle paramedische beroepen is op 15 december 1994 een werkconferentie georganiseerd, gewijd aan het opstellen van 'Richtlijnen en Standaarden'. Op deze conferentie werd de ontwikkeling van logopedische standaarden en fysiotherapeutische richtlijnen nader toegelicht. Daarnaast werd algemene informatie over richtlijnen en standaarden verstrekt en werd in groepen gediscussieerd over het doel van het opstellen van normen, standaarden en richtlijnen (CBO, 1997). Deze werkconferentie mondde uit in een aantal tips die in acht moeten worden genomen bij het ontwikkelen en implementeren van een richtlijn. Deze zijn ter informatie in schema 2.2 weergegeven (bron: CBO, 1996).

Schema 2.2: Tips voor het gebruik van richtlijnen of protocollen (bron: CBO, 1996)

-
- 1 Besef dat het invoeren van richtlijnen geen doel op zich is, het gaat om het verbeteren van de zorg.
 - 2 Bespreek in praktijk of afdeling met elkaar het doel van het invoeren van een richtlijn.
 - 3 Laat collega's de richtlijn uitproberen; zo kom je achter de belemmerende factoren.
 - 4 Introduceer de richtlijn zorgvuldig.
 - 5 Zorg ervoor dat iedereen de richtlijn kan vinden.
 - 6 Maak een uittreksel van de richtlijn op 1 A-viertje
 - 7 Zorg ervoor dat alle randvoorwaarden goed geregeld zijn:
 - de middelen zijn aanwezig (b.v. de benodigde test);
 - de benodigde tijd om volgens de richtlijn te werken is beschikbaar, óf
 - de richtlijn is afgestemd op half uurs behandelingen;
 - de collega's bezitten de vaardigheid om volgens de richtlijn te werken.
 - 8 Maak indien nodig een actieplan om de voorwaarden voor het werken volgens de richtlijn te creëren.
 - 9 Toon de winst die het werken volgens de richtlijn oplevert.
 - 10 Vertaal/bewerk een aangereikte richtlijn naar een eigen richtlijn.
 - 11 Benoem een klein aantal meetbare criteria in de richtlijn.
-

Uit de tips blijkt dat zeer zorgvuldig te werk gegaan dient te worden om een draagvlak voor richtlijnen te creëren. De afdeling dient bij de ontwikkeling betrokken te worden en er dienen voorwaarden voor het gebruik van de richtlijn gecreëerd te worden. Tenslotte moet het werken volgens de richtlijn ook aantoonbare meerwaarde opleveren om door de medewerkers te worden geaccepteerd. Deze aanbevelingen gelden in zijn algemeenheid ook bij de implementatie van kwaliteitssystemen (Sluijs e.a., 1994).

2.3 Overzicht per beroepsgroep

De aanpak die de vijf beroepsgroepen bij het ontwikkelen van richtlijnen hebben gekozen en de verschillen daarin worden hierna verduidelijkt.

De logopedisten hebben gekozen voor de ontwikkeling en legitimering van centrale standaarden. Legitimering betekent dat de standaarden door de Algemene Ledenvergadering (ALV) worden geaccordeerd alvorens ze in werking treden. De logopedische standaarden hebben niet betrekking op één aandoening, maar op een geheel werkveld. In de standaard staat **hoe** de behandeling dient te worden toegepast, dat wil zeggen, welke stappen achtereenvolgens moeten worden gezet. De standaard schrijft niet voor welke logopedische behandeling (inhoudelijk-technisch) bij welke patiënt dient te worden toegepast. Inmiddels zijn standaarden ontwikkeld voor de volgende werkvelden: logopedie in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen (somatisch en psychogeriatrisch), audiologische centra en vrije vestigingen.

Het richtlijnen-project in de fysiotherapie bestaat uit twee fasen. In de eerste fase is, samen met het CBO, een stramien ontwikkeld. Het doel daarvan is dat alle toekomstige richtlijnen op uniforme wijze aan de hand van deze methode worden ontwikkeld. In de tweede fase zijn twee behandelingen geselecteerd waarvoor een inhoudelijke richtlijn ontwikkeld wordt, namelijk de fysiotherapeutische behandeling van het acuut inversietrauma van de enkel en de fysiotherapeutische behandeling van stressincontinentie. De richtlijnen komen tot stand op basis van een grondige literatuurstudie om de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling wetenschappelijk te kunnen onderbouwen. De verwachting is dat de eindversie van beide richtlijnen in het najaar van 1997 kan worden gepubliceerd.

De orthoptisten ontwikkelen een standaardzorgplan voor de amblyopiebehandeling. De amblyopiebehandeling komt zeer frequent voor en beslaat ongeveer driekwart van het werk van orthoptisten. Er zijn variaties in de wijze waarop de behandeling kan worden aangepakt. Via een nauwkeurige registratie van de behandelwijzen en de uitkomsten daarvan in een aantal praktijken zal het standaardzorgplan ontwikkeld worden.

De diëtisten hebben gekozen voor het ontwikkelen van een raamwerk voor diëtistische protocollen. Omdat veel diëtisten op lokaal niveau in ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen eigen protocollen hebben ontwikkeld, lijkt het ontwikkelen van centraal voorgeschreven landelijke protocollen minder gewenst. Het door het CBO ontwikkelde raamwerk beschrijft in grote lijnen waar een goed protocol aan dient te voldoen. Bestaande protocollen kunnen aan de hand van dit raamwerk worden geëvalueerd. Dit raamwerk kan per werkveld verder aangevuld worden.

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) heeft een meningspeiling onder de leden gehouden om te onderzoeken voor welke behandelingen men een standaard gewenst achtte. De twee onderwerpen die het meest naar voren werden gebracht zijn, ten eerste de advisering in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (dat wil zeggen advisering over woningaanpassingen, rolstoelen en ander vervoer) en ten tweede, de behandeling van handletsel. Vervolgens zijn twee werkgroepen ingesteld die elk een standaard gaan ontwikkelen. De werkgroepen volgen daarbij in grote lijnen de voor de fysiotherapie ontwikkelde methode. Ook inventariseert men reeds bestaande richtlijnen om te zien welke elementen daaruit bruikbaar zijn. De NVE betreft struc-

tureel vertegenwoordigers van externe partijen, zoals de NP/CF (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie) en patiëntenverenigingen, bij de ontwikkeling van de standaarden.

Zoals uit bovenstaande blijkt, hebben de beroepsgroepen ieder een eigen werkwijze gevolgd. De overeenkomsten en verschillen in aanpak zijn in schema 2.3 weergegeven.

Schema 2.3: Overeenkomsten en verschillen in aanpak bij de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden

Beroepsgroep	Raamwerk/ methode	Proces- matig	Inhoudelijk/ technisch	Centraal/ lokaal	Aanpak
Logopedie		x		c	Delphi
Fysiotherapie	x	x	x	c	wetenschappelijk onderzoek
Orthoptie		x	x	c	praktijkregistratie
Diëtetiek	x	x		l	praktijkervaring
Ergotherapie	x	x	x	c	praktijkervaring + wetenschappelijke onderbouwing

De overeenkomsten kunnen als volgt worden getypeerd. De eerste overeenkomst (niet in het schema) is dat elke beroepsgroep zich beraden heeft over de doelen die met de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen of standaarden worden beoogd (hoofdstuk 4 gaat daar nader op in). Een tweede overeenkomst is het expliciteren van het procesmatig verloop van de behandeling, dat wil zeggen dat altijd in kaart wordt gebracht welke stappen achtereenvolgens in de behandeling dienen te worden gezet.

Als eerste verschil hebben twee beroepen niet en drie wel gekozen voor een vaste structuur, dat wil zeggen voor een uniforme methode of raamwerk aan de hand waarvan richtlijnen, protocollen of standaarden ontwikkeld kunnen worden. In hoofdstuk 3 wordt dit verschil nader uitgediept.

Een tweede verschil betreft de inhoud van de richtlijn: drie beroepen hebben ervoor gekozen om naast het proces ook de (technische) inhoud van de behandeling in de richtlijnen op te nemen (zie hoofdstuk 6). Dit laatste is moeilijker en geeft aanleiding tot meer discussie en/of onderzoek. Bovendien blijken bij sommige aandoeningen meerdere behandelingen mogelijk te zijn door een beroepsgroep. In het schema is aangegeven dat de diëtisten niet de (technische) inhoud van de behandeling opnemen. Dit betekent dat de inhoud van de behandeling niet in het raamwerk is vastgelegd. Het raamwerk stelt wel als eis dat de inhoud van de behandeling wordt vastgelegd in de protocollen die diëtisten op lokaal niveau ontwikkelen.

Ten derde zijn er diverse verschillen in de aanpak die men bij de ontwikkeling van een richtlijn volgt, zoals de Delphi-methode, wetenschappelijk onderzoek, praktijk-registratie of een combinatie. Dit wordt behandeld in hoofdstuk 7 van dit rapport.

Tenslotte hebben vier beroepsgroepen gekozen voor centrale landelijke richtlijnen en één beroepsgroep niet. Hier wordt op ingegaan in het volgende hoofdstuk.

3 CENTRALE OF LOKALE RICHTLIJNONTWIKKELING

3.1 Inleiding

Om te zorgen dat de protocollen en richtlijnen van een beroepsgroep gelijkenis vertonen kan een overkoepelende structuur worden ontwikkeld. De NHG-standaarden voor huisartsen bijvoorbeeld zijn volgens een vast stramien ontwikkeld. Datzelfde geldt voor de consensusrichtlijnen van medisch specialisten. Voor de fysiotherapeuten is binnen het OKPZ-programma een dergelijke stramien ontworpen. Dit wordt besproken in paragraaf 3.2. Aan de hand van dat stramien zullen in de toekomst de richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen ontwikkeld worden. Men noemt dit de centrale methode omdat de richtlijnen centraal, op landelijk niveau worden ontwikkeld. Deze centrale methode vormt de basis voor de ontwikkeling van standaarden in de ergotherapie. Het raamwerk dat de diëtisten gebruiken voor hun lokaal ontwikkelde protocollen, is onderwerp van paragraaf 3.3. Het belangrijkste verschil vloeit voort uit het doel dat met deze overkoepelende structuren wordt beoogd. Omdat de fysiotherapeutische methode bedoeld is voor het maken van nieuwe richtlijnen, staan in de methode nauwkeurig alle stappen beschreven die achtereenvolgens genomen moeten worden. Omdat bij de diëtisten de vele lokaal ontwikkelde protocollen in het raamwerk inpasbaar moeten zijn, geeft dit raamwerk alleen aan welke aspecten een goed protocol zou moeten bevatten.

We gaan kort in op de voor- en nadelen van centrale versus lokale richtlijnen. Het feit dat diëtisten gekozen hebben voor een landelijk raamwerk en niet voor landelijke protocollen heeft ten eerste te maken met het feit dat op lokaal niveau al veel diëtistische protocollen ontwikkeld zijn (vaak ook aansluitend bij het beleid dat in een verpleeghuis of ziekenhuis wordt gevolgd). Ten tweede is naleving van protocollen beter gewaarborgd indien men de protocollen ook zelf ontwikkeld heeft, vergeleken met de situatie dat de richtlijnen op landelijk niveau worden vastgesteld. In dat laatste geval is het implementatieproces veel complexer. Door Grol e.a. zijn de voor- en nadelen van een centrale dan wel decentrale (lokale) aanpak als volgt in kaart gebracht (zie schema 3.1; bron: Grol e.a., 1994).

Schema 3.1: Voor- en nadelen van centrale en decentrale (lokale) benaderingen van richtlijnontwikkeling (bron: Grol e.a., 1994)

	Voordelen	Nadelen
<i>Centraal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - wetenschappelijke basis - zorgvuldige procedure - brede basis - uniformiteit - nieuwe inzichten uit onderzoek - geven richting aan nascholing - visitekaartje van professie - het wiel hoeft niet opnieuw te worden uitgevonden 	<ul style="list-style-type: none"> - duur - doelgroep niet betrokken - globaal van karakter - niet toegesneden op specifieke behoeften en lokale situaties - roepen angst en weerstand op - mogelijk misbruik door outsiders
<i>Decentraal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - educatief - betrokkenheid bij eindprodukt - richtlijnen aangepast aan lokale situaties/behoeften - acceptatie gemakkelijker 	<ul style="list-style-type: none"> - tijdsintensief - specifieke vaardigheden voor richtlijnontwikkeling ontbreken - geen systematische analyse van literatuur - doorsnee werkwijze als richtlijn - verschillende richtlijnen in zelfde regio

Centrale landelijke richtlijnen zijn het visitekaartje van de professie en dragen in die zin bij aan het imago van een professie. Door een zorgvuldige wetenschappelijke onderbouwing en uniformiteit kunnen zij het vertrouwen in het beroep vergroten. Zij geven richting aan na- en bijscholing en door periodieke aanpassing is gewaarborgd dat nieuwe wetenschappelijke inzichten worden verwerkt.

Een nadeel is dat een landelijke richtlijn vaak noodgedwongen een globaal of abstract karakter heeft en niet toegesneden is op lokale situaties of omstandigheden. Dit bemoeilijkt de implementatie en vraagt nog een vertaalslag. Doordat de doelgroep niet bij de ontwikkeling betrokken is zal ook de acceptatie moeizamer verlopen en kan zelfs weerstand en angst optreden.

De zojuist genoemde nadelen vormen juist de voordelen bij lokale richtlijnontwikkeling. Lokale richtlijnen zijn per definitie op de situatie toegesneden en de acceptatie verloopt gemakkelijker door de grote betrokkenheid bij het opstellen van de richtlijn. Van het ontwikkelen van een richtlijn gaat bovendien een leereffect uit, zodat dit proces een educatieve waarde heeft. Lokale richtlijnen hebben als nadeel dat verschillen in benadering kunnen optreden, bijvoorbeeld binnen een regio. Omdat op lokaal niveau doorgaans geen grondige analyse van de literatuur zal plaatsvinden bestaat het gevaar dat de gangbare behandeling als richtlijn wordt genomen. Benutting van nieuwe inzichten uit wetenschappelijk onderzoek - voor zover van paramedische behandelingen beschikbaar - is niet gewaarborgd.

Het moge duidelijk zijn dat zowel de centrale als decentrale benadering voor- en nadelen kent, zodat een keuze niet zonder meer voor de hand ligt. Dat is ook de reden dat verschillende beroepsverenigingen moeite hebben met het maken van een keuze, zoals uit de interviews bleek. Ook wij durven ons niet uit te spreken voor één van beide benaderingen. Afhankelijk van de situatie waarin een beroepsgroep verkeert en de (financiële) middelen waarover men beschikt zal men zelf een afweging van voor- en nadelen moeten maken.

3.2 De centrale methode voor richtlijnontwikkeling in de fysiotherapie

De methode voor de fysiotherapeuten is ontworpen om centrale, dus landelijke, richtlijnen te ontwikkelen. Deze methode omvat het gehele proces vanaf de voorbereiding tot en met de implementatie en bijstelling van de richtlijn. Het is een grondige en gedetailleerde methode die uit 18 stappen bestaat, zoals schema 3.3 op pagina 23 laat zien (bron: Hendriks e.a., 1996). Bij elke stap is vermeld wie verantwoordelijk is voor het produkt en wie bevoegd is tot het nemen van beslissingen, de werkgroep, de richtlijnencommissie of de beroepsorganisatie. In grote lijnen bestaat het gehele proces uit de volgende vier fasen: zie schema 3.2.

Schema 3.2: Fasen in de methode voor richtlijnontwikkeling fysiotherapie

-
- A. Voorbereiding
 - B. Ontwerp
 - C. Implementatie
 - D. Bijstellen
-

Tijdens de voorbereidingsfase wordt onderzocht welk onderwerp voor richtlijnontwikkeling in aanmerking komt en welke specifieke knelpunten in de praktijk door fysiotherapeuten en patiënten worden ervaren. Vervolgens beslist de beroepsorganisatie welk onderwerp wordt geselecteerd. De nodige voorbereidingen worden getroffen, dat wil zeggen er wordt een richtlijnencommissie ingesteld die het proces bewaakt en een werkgroep die de richtlijn gaat opstellen. Voor deze voorbereidingsfase is in de planning 12 maanden opgevoerd.

Hierna volgt het eigenlijke ontwerpen van de richtlijn door de werkgroep. Dit houdt in dat informatie uit wetenschappelijk onderzoek betreffende het onderwerp wordt verzameld en bestudeerd om de richtlijn wetenschappelijk te kunnen onderbouwen. Daarnaast worden meningen van ervaringsdeskundigen gevraagd en wordt onderzocht welke knelpunten men in de praktijk tegenkomt bij de behandeling van de betreffende aandoening. Bij het ontwerpen worden eerst richtlijnen voor de indicatie opgesteld en vervolgens voor de behandeling. Bij de indicatie gaat het om de aard van de verwijzing, het fysiotherapeutisch onderzoek en de fysiotherapeutische diagnose. Bij de behandeling gaat het om het vaststellen van de behandeldoelen, de verrichtingen en de evaluatie van de behandeling. Na elke stap volgt een check in de praktijk om te zien of de voorgestelde richtlijn uitvoerbaar is (Ettikoven e.a., 1996 en 1996A; Hermans, 1996). Hierna wordt de conceptringlijn geformuleerd en volgt opnieuw een check in de praktijk. De formele vaststelling gebeurt door de beroepsorganisatie. Voor dit gehele ontwerpproces is een periode van een jaar gepland.

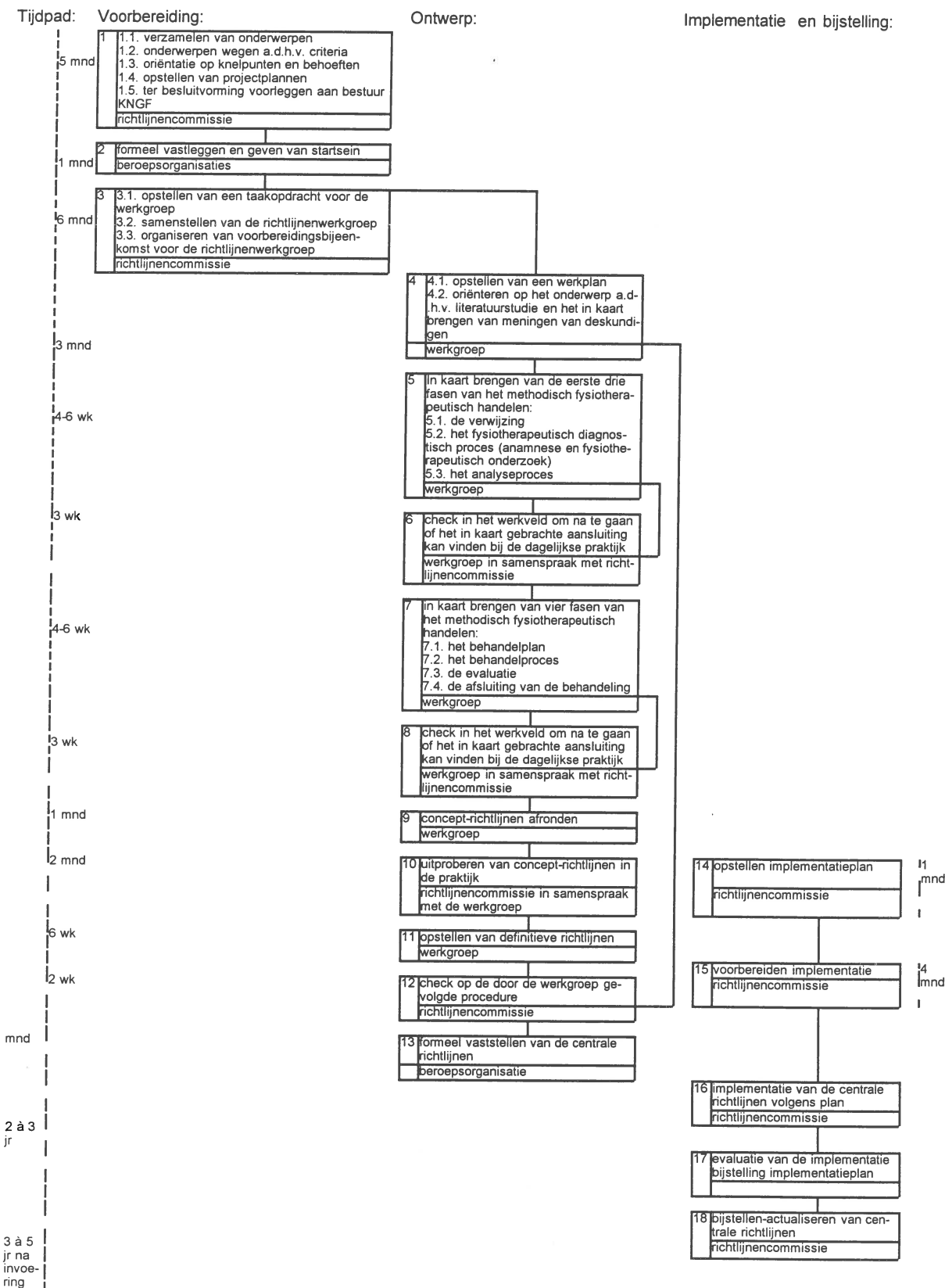
De derde fase is de implementatie. Voor de implementatie wordt allereerst een plan opgesteld door de richtlijnencommissie. Er bestaat een standaard procedure voor de implementatie. Afhankelijk van het onderwerp en de mogelijk specifieke doelgroep van fysiotherapeuten wordt het implementatieplan nader aangescherpt. In de planning wordt geschat dat de gehele implementatie 2 à 3 jaar in beslag neemt. Daarna wordt geëvalueerd of de implementatie is geslaagd.

Tenslotte volgt de laatste fase, de bijstelling. Drie tot vijf jaar na de invoering van een richtlijn wordt deze geactualiseerd en zonodig bijgesteld. Dit gebeurt op basis van nieuwe inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en op basis van praktijkervaringen. Op deze wijze is gewaarborgd dat nieuwe kennis in de richtlijnen wordt verwerkt en dat tegelijkertijd wetenschappelijk onderzoek wordt benut en gebruikt.

De hier geschetste methode is binnen het OKPZ programma ontwikkeld en gedurende deze ontwikkeling voortdurend bijgesteld. De ervaring leerde dat het nauwelijks mogelijk bleek de methode te vereenvoudigen of stappen over te slaan, zonder dat dit ten koste zou gaan van de zorgvuldigheid en grondigheid van het proces. Op basis van deze methode zijn inmiddels voor de fysiotherapie twee inhoudelijke richtlijnen ontwikkeld. De resultaten daarvan worden in hoofdstuk 6 besproken.

De ergotherapeuten hebben geen eigen methode ontwikkeld. De methode voor de fysiotherapie wordt door de ergotherapeuten als basis gebruikt voor hun standaardontwikkeling. Bij de uitvoering van het proces door de werkgroepen wordt de methode aangepast voor de ergotherapeutische situatie.

Schema 3.3: Concept methode centrale richtlijnontwikkeling fysiotherapie (bron: Hendriks e.a, 1996)



3.3 Het raamwerk voor lokale protocolontwikkeling in de diëtetiek

Binnen de diëtetiek is voor een andere aanpak gekozen omdat in de diëtetiek veelvuldig gewerkt wordt aan de hand van eigen, lokaal ontwikkelde protocollen. In het Academisch Ziekenhuis te Leiden zijn bijvoorbeeld voor alle aandoeningen protocollen ontwikkeld, waarin ook het geïndiceerde aantal behandelingen per aandoening is opgenomen. Deze zijn gepubliceerd in de 'Artsenwijzer diëtetiek' ('t Hart-Eerdmans e.a., 1994). In weer andere ziekenhuizen zijn protocollen voor de nieraandoeningen ontwikkeld en zo zijn er diverse lokale initiatieven te noemen. Om in de toekomst meer uniformiteit in deze lokale protocol-ontwikkeling aan te brengen is er binnen het OKPZ-programma een raamwerk ontwikkeld. Het concept raamwerk is voorgelegd aan een groep diëtisten en vervolgens bijgesteld. Schema 3.4 bevat de globale onderdelen van het raamwerk; schema 3.5 op pagina 25 geeft het raamwerk in meer detail weer (bron: Evers, 1996).

Schema 3.4: Onderdelen in het raamwerk voor protocollen in de diëtetiek (bron: Evers, 1996)

-
- Naamgeving dieetbehandelingsprotocol
 - Medische gegevens
 - Diëtistische gegevens
 - Dieetbehandelplan
 - Verantwoording
 - Bijlagen
 - Optioneel
-

Volgens het raamwerk dient een goed protocol in ieder geval de medische gegevens, de diëtistische gegevens en het behandelplan te omvatten.

Tot de medische gegevens behoren het ziektebeeld, het stadium van de ziekte en de prognose (zie schema 3.5). Ook de medische behandeling en de medicatie worden vermeld.

De diëtistische gegevens in een protocol bevatten de voedingsanamnese en de bevindingen daarvan in termen van voedingsstoffen en voedingsmiddelen.

Aangaande de dieetbehandeling zal het protocol richtlijnen omvatten met betrekking tot het doel van de behandeling en de opbouw van het behandelplan. Vanzelfsprekend wordt ook de aard van de dieetbehandeling in het protocol vermeld.

In een protocol dient een verantwoording opgenomen te zijn van de geraadpleegde informatie-bronnen. Daarnaast is in het protocol geëxpliciteerd wie verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de behandeling. Met name bij multidisciplinaire behandelingen van patiënten is dit van belang.

Het raamwerk voor het opstellen van protocollen is vastgelegd in de 'Handleiding Protocollen Diëtetiek', (bron: Evers, 1996). Dit is te bestellen bij het CBO.

Schema 3.5: Het raamwerk Protocollen (bron: Evers, 1996)

NAAMGEVING DIEETBEHANDELINGSPROTOCOL

- . naam protocol
- . doelgroep

MEDISCHE GEGEVENS

- . ziektebeeld (symptomen, complicaties, diagnostische criteria, stadia, prognose)
- . (medische) behandeling
- . normaalwaarden
- . medicatie
- . aanvullende gegevens

DIËTISTISCHE GEGEVENS

- . methodiek(en) voedingsanamnese
- . voedingsstoffen
- . voedingsmiddelen
- . specifiek onderzoek
- . aanvullende gegevens

DIEETBEHANDELPLAN

- . doel behandeling
- . kenmerken dieetbehandeling
- . opbouw behandelplan
- . duur en organisatie van de behandeling
- . aandachtspunten

VERANTWOORDING

- . geraadpleegde informatiebronnen
- . verantwoordelijke diëtist
- . ingangsdatum van het protocol
- . evaluatie van het protocol

Bijlagen

- . checklist (mondelijke en schriftelijke informatie)
- . inhoudelijke achtergrondinformatie

*** Optioneel**

- . klinische organisatie
 - . multidisciplinaire samenwerking
-

Op dit moment kan nog weinig gezegd worden over de voor- en nadelen van de methode die door de fysiotherapeuten en door de diëtisten is gevolgd. Met beide methoden moet nog ervaring worden opgedaan. Bovendien is reeds nu bekend dat bijstellingen in de methodes plaats zullen vinden omdat in de toekomst ook de opvattingen van zorgverzekeraars, verwijzers en patiënten bij de ontwikkeling van de richtlijnen zullen worden betrokken.

Overigens sluiten de beide in dit hoofdstuk besproken benaderingen elkaar niet uit. Ervan uitgaande dat het ontwikkelen van centrale landelijke richtlijnen een periode van 10 tot 20 jaar in beslag zal nemen (en ook daarna een continu proces is) zoals de ervaringen in de huisartsgeneeskunde hebben geleerd, kan een beroepsgroep zowel werken aan centrale landelijke richtlijnen en inmiddels toch een raamwerk voor lokale protocollen hanteren. Zo snijdt het mes aan beide kanten.

4 HET DOEL VAN RICHTLIJNEN

4.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is duidelijk geworden dat een beroepsgroep uit meerdere varianten kan kiezen bij het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen. Het gaat daarbij in een aantal opzichten om fundamentele keuzes, bijvoorbeeld tussen landelijke of lokale richtlijnen - die van invloed kunnen zijn op de (strategische) positie van het beroep. Om dergelijke keuzes op een verantwoorde wijze te kunnen maken wordt aangeraden eerst vast te stellen welke doelen met de richtlijnen worden beoogd, om vervolgens te kijken met welke aanpak deze doelen het best kunnen worden gerealiseerd. In de huisartsgeneeskunde zijn de NHG-standaarden mede bedoeld om de taken van de huisarts af te bakenen, terwijl bij medisch specialistische consensusrichtlijnen een accent ligt op wetenschappelijke onderbouwing van de beste (ook multidisciplinaire) behandeling van een aandoening. Voordat we in paragraaf 4.2 ingaan op de doelen die de paramedische beroepen beogen, geven we hierna eerst een overzicht van de verschillende doelen die met richtlijnen kunnen worden beoogd (schema 4.1, bron: Klazinga e.a, 1992).

Schema 4.1: Doelen die met richtlijnen kunnen worden beoogd (bron: Klazinga e.a., 1992)

-
- hulp bij het nemen van diagnostische en therapeutische beslissingen;
 - praktische leidraad in het dagelijks werk;
 - condensaat van beschikbare kennis ten behoeve van onderwijs en nascholing;
 - visitekaartje van de professie c.q. het gezicht van de discipline;
 - criteria ten behoeve van evaluatie van de zorg;
 - middel bij externe controle;
 - manier om variatie in de zorg te minimaliseren;
 - manier om de zorg in een beoogde richting te veranderen;
 - voorkomen van fouten bij risicovolle activiteiten;
 - afbakening van taken en verantwoordelijkheden ten opzichte van andere professies;
 - hulpmiddel bij afspraken met verzekeraars in kader van contracten of budgetten;
 - hulpmiddel bij het maken van keuzen in de zorg (politiek niveau).
-

De doelen die met richtlijnen kunnen worden beoogd lijken met elkaar verweven en in elkaars verlengde te liggen. Desondanks is er een globaal onderscheid te maken in doelen die meer strategisch of meer inhoudelijk van aard zijn.

Inhoudelijk richtlijnen kunnen op individueel niveau een hulpmiddel zijn bij het nemen van therapeutische of diagnostische beslissingen. Ook kunnen richtlijnen dienen om fouten te voorkómen bij risicovolle behandelingen. Een belangrijk doel is dan een praktische leidraad voor de beroepsbeoefenaar zelf.

Het doel van een richtlijn kan ook liggen op het gebied van de evaluatie van de zorg, de onderlinge toetsing of externe beoordeling. In dat geval fungeert de richtlijn als maatstaf waartegen het handelen van een beroepsbeoefenaar beoordeeld kan worden. Het accent ligt dan op het afleggen van verantwoording.

Het doel van een richtlijn kan ook meer uniformiteit zijn en het verminderen van de variatie binnen een beroepsgroep. In dat geval is het doel niet zozeer gericht op de indi-

viduele beroepsbeoefenaar maar beoogt men de geloofwaardigheid van de gehele professie te vergroten.

Bij strategische doelen gaat het eveneens om de wijze waarop externe partijen tegen het beroep aankijken. Indien daarop het accent wordt gelegd dan vervullen richtlijnen een functie in de onderhandelingen met verzekeraars, of een beroepsgroep probeert via richtlijnen een bepaald terrein te claimen of taken af te bakenen (bijvoorbeeld ten opzichte van aanpalende of concurrerende beroepsbeoefenaren).

Volgens Klazinga e.a. (1992) is het van belang altijd duidelijk aan de doelgroep te expliciteren welke doelen met het opstellen van de richtlijn worden beoogd. Dit voorkomt het ontstaan van misverstanden door verschil in interpretatie van het doel van de richtlijn. Het kan ook te hooggespannen verwachtingen ten aanzien van (de effecten van) de richtlijn voorkomen. Tenslotte zal men de richtlijn eerder accepteren (en volgen) als het doel en de reikwijdte duidelijk is.

4.2 De doelen van de paramedische beroepsgroepen

De doelen die de paramedici met de ontwikkeling van richtlijnen nastreven hebben in zijn algemeenheid te maken met de wens tot kwaliteitsverbetering en verdere professionalisering van het beroep. Alle beroepsgroepen hebben een combinatie van zowel strategische als inhoudelijke doelen gesteld. Daarin is niet zozeer sprake van één primair doel. Desondanks zijn de volgende accenten bij de beroepsgroepen aan te wijzen.

In de logopedie hebben de logopedische standaarden (mede) als doel de variatie in de wijze waarop de patiënt behandeld wordt te minimaliseren. Een belangrijk doel is eveneens toetsing en beoordeling. De standaarden zijn bedoeld als maatstaf waartegen het werk van de logopedisten beoordeeld kan worden. Met dat doel worden aan elke standaard meetinstrumenten gekoppeld die bij de beoordeling gebruikt kunnen worden.

Met de fysiotherapeutische richtlijnen worden zowel strategische als inhoudelijke doelen beoogd. Op strategisch niveau wil men zichtbaar maken wat de fysiotherapie bij de behandeling van een aandoening kan betekenen. De wetenschappelijke onderbouwing van het fysiotherapeutisch handelen staat daarbij voorop. Daarnaast wordt met de richtlijnen beoogd eenduidigheid binnen de beroepsgroep te creëren en op individueel niveau richting aan het handelen te geven (Ettekoven e.a., 1996; Hermans, 1996; Reunis, 1996). Afgeleide doelen zijn onder andere ondersteuning te bieden bij het nemen van beslissingen, criteria voor zelfevaluatie en intercollegiale toetsing op het niveau van de beroepsbeoefenaar en explicitering van het handelen. Dit laatste is ook een belangrijk doel bij de diëtisten die de protocollen (willen) gebruiken als basis voor intercollegiale toetsing.

In de orthoptie is het belangrijkste doel de verbetering van de patiëntenzorg. Daartoe wordt uitgezocht wat de meest effectieve en doelmatige wijze van behandelen is. Subdoelen zijn het verbeteren van de communicatie over de patiëntenzorg en evaluatie van de zorg.

Tot slot heeft de Nederlandse Vereniging van Ergotherapeuten (NVE) een meningspeiling gehouden over welke doelen moeten worden beoogd met de ontwikkeling van

ergotherapeutische standaarden (Driessen e.a., 1997). De meest genoemde doelen staan in schema 4.2.

Schema 4.2: Doelen van standaarden in de ergotherapeuten (Driessen e.a., 1997)

Doelen voor de beroepsgroep:

- Expliciet maken van ergotherapeutisch handelen (visitekaartje van een duidelijk produkt)
- Uniformiteit vergroten (variatie tegengaan) tussen ergotherapeuten

Doelen voor de ergotherapeuten:

- Ondersteunen van te nemen beslissingen;
 - Criteria bieden voor intercollegiale toetsing en zelfevaluatie;
 - Uniforme handelwijze bieden.
-

Ook bij de ergotherapeuten is er weer een combinatie van doelen te zien. De relevant geachte doelen liggen zowel op strategisch niveau en betreffen de positie van de beroepsgroep als geheel. Daarnaast worden als doelen genoemd, de individuele beroepsbeoefenaar ondersteunen bij het nemen van beslissingen en een hulpmiddel bij intercollegiale toetsing.

Een doel dat door geen van de paramedische beroepsgroepen expliciet wordt genoemd is het afbakenen of claimen van een bepaald gebied. Evenmin wordt gewag gemaakt van het feit dat richtlijnen een hulpmiddel kunnen zijn in de onderhandelingen met verzekeraars of bij het maken van keuzes in de zorg. Wij vermoeden dat deze zaken impliciet een rol zullen spelen bij het ontwikkelen van richtlijnen.

Wij moeten concluderen dat er niet een één op één relatie is tussen het doel dat met de richtlijnen wordt beoogd en de aanpak die vervolgens het beste kan worden gekozen. In zijn algemeenheid durven we te stellen dat de ontwikkeling van centrale richtlijnen het meest aangewezen lijkt als de primaire doelstelling strategisch van aard is. Omdat doorgaans een combinatie van doelen wordt gekozen zal elke beroepsgroep zelf moeten bepalen op welke doelen het accent ligt en welke aanpak binnen de beroepsgroep de gewenste is.

Overigens betekent dit niet dat de meest gewenste aanpak ook realiseerbaar is. De keuze zal voor een groot deel gebaseerd zijn op de praktische haalbaarheid. Indien een beroepsgroep niet over de financiële middelen beschikt dan is een aantal keuzes uitgesloten. Datzelfde geldt voor de eventueel gewenste wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen: indien binnen een beroepsgroep nog weinig of geen wetenschappelijk effectonderzoek is verricht is ook deze keuze uitgesloten.

We moeten concluderen dat de keuze voor een bepaalde aanpak maar ten dele gebaseerd kan zijn op de beoogde doelen, de pragmatische aspecten, dat wil zeggen de realiseerbaarheid zal doorslaggevend zijn.

5 HET ONDERWERP VAN EEN RICHTLIJN

5.1 Inleiding

Bij het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen zal, ongeacht de aanpak die men volgt, een onderwerp moeten worden gekozen. De vraag daarbij is op basis waarvan kan men behandelingen selecteren die als eerste voor een richtlijn in aanmerking zouden moeten komen. De ervaring in onder meer de huisartsgeneeskunde heeft geleerd dat niet iedere behandeling geschikt is voor het maken van een richtlijn. Op basis van deze ervaringen is door Grol een aantal criteria geformuleerd waarop men moet letten bij het kiezen van een onderwerp voor een richtlijn (bron: Grol e.a., 1994).

Schema 5.1: Mogelijke criteria voor onderwerpskeuze in richtlijnontwikkeling (bron: Grol e.a., 1994)

-
- Het onderwerp betreft een probleem of controversie in hulpverlening, waarvoor hulpverleners graag een oplossing zien;
 - Op voorhand is duidelijk dat consensus over de behandeling mogelijk is;
 - Hulpverleners zitten te wachten op richtlijnen, omdat ze een overzicht van bestaande kennis bieden of een antwoord geven op ervaren problemen in het werk;
 - Het onderwerp is relevant in termen van frequentie van voorkomen of te behalen (gezondheids)winst;
 - Er zijn voldoende wetenschappelijke gegevens;
 - Er is een reële verwachting dat richtlijnen aansluiten bij of passen binnen bestaande normen, waarden en routines;
 - Het onderwerp kan scherp afgebakend worden;
 - Het is mogelijk gegevens over de zorg te verzamelen.
-

Ten eerste adviseert Grol om een behandeling te kiezen waar de betreffende hulpverleners behoefte aan hebben, bijvoorbeeld omdat men de behandeling als een probleem ervaart, omdat er verschil van mening bestaat over de juiste behandeling of omdat men de effectiviteit van de behandeling wil vergroten. Het zal duidelijk zijn dat de kans op navolging van een richtlijn groter is indien de richtlijn een oplossing vormt voor een in de praktijk ervaren probleem.

De gekozen behandeling moet relevant zijn, dat wil zeggen moet zo frequent voorkomen dat het de moeite loont om daar een richtlijn voor te ontwerpen. Zeker gezien de investering in tijd en geld die met het ontwikkelen van een richtlijn is gemoeid, zal dit criterium zwaar wegen.

Volgens Grol is het daarnaast van belang dat voldoende wetenschappelijke gegevens over de behandeling van de aandoening voorhanden zijn, terwijl er ook een goede kans moet bestaan dat consensus bereikt kan worden.

Tenslotte moet een onderwerp scherp afgebakend kunnen worden, dat wil zeggen dat de indicatie-stelling voor de behandeling ondubbelzinnig geformuleerd moet kunnen worden. En als laatste beveelt Grol aan dat gegevens over de zorg verzameld moeten kunnen worden, om te evalueren of de richtlijn-behandeling tot het gewenste effect leidt.

Dat niet al deze criteria haalbaar zijn bij de onderwerpen die door de paramedische beroepen worden gekozen, wordt hierna duidelijk bij het bespreken van de onderwerpen die door de paramedici gekozen zijn.

5.2 De onderwerpen van de paramedische beroepsgroepen

Binnen de fysiotherapie zijn de volgende twee onderwerpen voor de eerste richtlijnen gekozen: de fysiotherapeutische behandeling van het acuut inversietrauma van de enkel en de fysiotherapeutische behandeling van stressincontinentie (Ettekoven e.a., 1996A). Er is bewust een (relatief) eenvoudig en een moeilijk onderwerp gekozen om de methode uit te proberen. Het enkelletsel is een onderwerp dat frequent voorkomt en waarvan verwacht werd dat een reële kans op overeenstemming zou bestaan. De richtlijn is nagenoeg gereed en bestaat uit voorschriften omtrent diagnosestelling, behandeling en preventie (Hermans, 1996). De behandeling van stressincontinentie is een controversieel onderwerp omdat binnen de beroepsgroep verschillend wordt gedacht over de juiste behandeling hiervan. Het ontwerpen van deze richtlijn heeft inderdaad tot veel discussie geleid. De voorlopige uitkomst hiervan is dat binnen de richtlijn twee behandel mogelijkheden worden opengelaten. De richtlijn is nog niet gereed: men is bezig met het therapeutisch proces en de evaluatie (CBO, 1997).

Deze eerste onderwerpen zijn door het bestuur van de beroepsvereniging gekozen. In de toekomst is het de bedoeling de mening van de beroepsgroep bij het kiezen van de onderwerpen te betrekken (Ettekoven e.a., 1996A).

De ergotherapeuten hebben een meningspeiling onder de leden gehouden om te onderzoeken aan welke standaarden men behoefte had. Hiermee wilden zij op voorhand een breed draagvlak voor de standaard creëren. De volgende onderwerpen werden het meest frequent genoemd:

- traumatisch handletsel;
- advisering Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)
- neurologisch progressieve aandoeningen zoals Amyotrofische Lateraal Sclerose en Multiple Sclerose;
- behandeling van Cerebraal Vasculair Accident;
- in zijn algemeenheid de diagnostiek en observatiemethode voor diverse aandoeningen (Driessen e.a., 1997).

Als eerste onderwerp is hieruit geselecteerd: de advisering in het kader van de WVG. Dit betreft het uitbrengen van een advies omtrent voorzieningen zoals rolstoelen, woningaanpassingen of aangepast vervoer voor gehandicapten. Het tweede onderwerp betreft het ergotherapeutisch onderzoek en de ergotherapeutische behandeling bij handrevalidatie, afgebakend tot de groep patiënten met traumatisch handletsel. Deze onderwerpen zijn gekozen omdat beide een complexe problematiek bevatten, met name het handletsel bevat een veelheid aan behandel mogelijkheden en bij de advisering WVG is sprake van onduidelijkheid, een nieuwe taak en afbakeningsproblemen. De keuze is dus vooral gebaseerd op in de ergotherapeutische praktijk ervaren problemen.

Ook door de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten is eerst een meningspeiling onder de leden gehouden om te onderzoeken welke behandeling in de praktijk de meeste problemen opleverde. Op basis daarvan is de meest voorkomende behandeling gekozen, de amblyopiebehandeling. Binnen de beroepsgroep bestond behoefte aan

bundeling van informatie over de meest adequate en effectieve behandeling. Aan de ontwikkeling van een standaardzorgplan wordt gewerkt (zie hoofdstuk 6 en 7).

In de logopedie is niet één onderwerp gekozen maar zijn - op een abstracter niveau - logopedische standaarden per werkveld ontwikkeld. Ook in de diëtetiek wordt de onderwerpskeuze aan de diëtisten zelf overgelaten en is alleen een raamwerk voor protocollen ontwikkeld.

De ervaringen bij de paramedici laten zien dat de onderwerpskeuze inderdaad voor een deel overeenkomt met de door Grol geadviseerde criteria: er is sprake van een binnen de beroepsgroep ervaren probleem, de behandeling komt frequent voor of er bestaat onduidelijkheid over de meest effectieve behandeling. Het is duidelijk dat elke beroepsgroep hierin eigen accenten legt.

Het is niet duidelijk of bij de onderwerpskeuze ook de overige door Grol genoemde criteria een rol hebben gespeeld, namelijk de beschikbaarheid van wetenschappelijke gegevens, de mogelijkheid het onderwerp scherp af te bakenen en de mogelijkheid om gegevens over de (kwaliteit van) de zorg te verzamelen. Met name de beschikbaarheid van wetenschappelijke gegevens is zeker niet gewaarborgd omdat op veel gebieden geen effect-onderzoek naar de paramedische behandeling is verricht.

6 HET PROCES EN DE INHOUD VAN DE BEHANDELING

6.1 Inleiding

Er bestaan overeenkomsten en verschillen in de inhoud van de ontwikkelde richtlijnen, standaarden of protocollen. De overeenkomst is dat altijd het proces van de behandeling in kaart wordt gebracht, dat wil zeggen de stappen die achtereenvolgens dienen te worden gezet. Het belangrijkste verschil betreft het medisch-technische deel van de behandeling. In de logopedische standaarden is de inhoud van de medisch-technische behandeling niet opgenomen, in de fysiotherapeutische richtlijnen wordt de inhoud van de behandeling wel voorgeschreven. Dit verschil zullen we in dit hoofdstuk illustreren aan de hand van voorbeelden.

6.2 Richtlijnen voor het proces van de behandeling

De logopedische standaarden schrijven voor hoe het proces van de logopedische behandeling dient te verlopen, dat wil zeggen de stappen die achtereenvolgens in elke behandeling dienen te worden gezet. In grote lijnen zijn deze stappen beschreven in het beroepsprofiel. Op basis van het beroepsprofiel zijn deze stappen gedetailleerder uitgewerkt in de standaarden en zoveel mogelijk geconcretiseerd. In schema 6.1 is ter illustratie een klein deel weergegeven van een logopedische standaard voor vrij gevestigde logopedisten (bron: Lambert e.a., 1991A).

Schema 6.1: Voorbeeld van een onderdeel uit de logopedische standaard voor de vrije vestiging (bron: Lambert e.a. 1991A)

<p>Gevalideerde kwaliteitsstandaarden</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p>HULPVRAAG 2: Het onderzoeken en behandelen van een schoolkind met een articulatiestoornis</p></div> <p>TAAKGEBIED 1: Het verlenen van behandeling (en begeleiding)</p> <p>1.1. Taken m.b.t. de beroepshouding</p> <p>1.1.1. - De logopedist stelt zich voor aan kind en ouders. - De logopedist maakt voldoende tijd vrij voor kind en ouders. - De logopedist past het taalgebruik aan ouders en kind aan: * gebruikt geen vaktermen, indien onnodig; * indien vaktermen onvermijdelijk zijn, worden deze toegelicht. - De logopedist maakt contact met het kind. - De logopedist observeert het gedrag van het kind en anticipeert op het gedrag zodat het kind zich veilig voelt. - De logopedist waarborgt de privacy van de hulpvrager: * schriftelijke gegevens en band- of video-opnames van de hulpvrager worden in een kast bewaard, die alleen voor de logopedist toegankelijk is; * vertrouwelijke gegevens, zoals tussen logopedist en hulpvrager overeengekomen, kunnen pas aan andere hulpverleners en instanties worden meegedeeld na toestemming van de hulpvrager.</p> <p>1.1.2. (...)</p>
--

Zoals schema 6.1 illustreert bevat de standaard voorschriften over de wijze waarop de logopedist met de patiënt om dient te gaan en voorschriften over de aspecten die in de behandeling aan bod dienen te komen. Op die wijze bevatten de standaarden algemeen geldende normen voor de verschillende fasen van het zorgproces: onderzoek, diagnose, behandeling en evaluatie. De standaarden gelden voor alle aandoeningen en stoornissen die binnen het betreffende werkveld door de logopedist behandeld worden. Ze zijn niet toegesneden op één bepaalde hulpvraag (CBO, 1997A).

De logopedische standaarden schrijven niet voor welke logopedische behandeling bij welke patiënt dient te worden toegepast. Volgens een (geïnterviewde) woordvoerder van de beroepsvereniging dient de inhoud van de logopedische behandeling aangepast te worden aan de individuele situatie van elke patiënt. De gehele logopedische behandeling is ook moeilijk in een protocol vast te leggen, omdat de behandeling veel gedragstherapeutische elementen bevat. Een mechanistische benadering via een protocol is daarbij onwerkzaam. De woordvoerder sluit overigens niet uit dat in de toekomst wel protocollen ontwikkeld zullen gaan worden voor een beperkt aantal behandelingen die min of meer standaard verlopen.

Om te kunnen toetsen of logopedisten volgens de standaard werken, worden bij de standaarden zogenaamde 'meetinstrumenten' ontwikkeld, oftewel beoordelingslijsten. Een voorbeeld hiervan is ter illustratie in schema 6.2 opgenomen.

Schema 6.2: Voorbeeld van een logopedische standaard met bijbehorend meetinstrument (bron: CBO, 1997):

Standaard:

De logopedist informeert mondeling de hulpvrager over doel en inhoud van het onderzoek.

Meetinstrument:

Vraag aan de hulpvrager: 'Heeft de logopedist u aan het begin van het onderzoek ingelicht over doel en inhoud van het onderzoek?'

= ja (2) = nee (0)

Vraag aan de logopedist: 'Heeft u de hulpvrager informatie gegeven over doel en inhoud van het onderzoek?'

= ja (2) = nee (0)

Schema 6.2 toont dat de standaard vertaald wordt in meetbare kwaliteitseisen die de basis vormen voor zelfevaluatie, toetsing en beoordeling. In de toekomst worden deze beoordelingsitems verder ontwikkeld.

6.3 Richtlijnen voor het proces en de inhoud van de behandeling

De fysiotherapeutische richtlijnen worden omschreven als: "een systematisch ontwikkelde vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad die door deskundigen is opgesteld en gericht is op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben" (Driessen e.a., 1995; Hendriks e.a., 1996; Ettekoven e.a., 1996).

De fysiotherapeutische richtlijnen beslaan zowel het proces als de medisch-technische inhoud van de fysiotherapeutische behandeling. Dit is ook de opzet in de ergotherapie

en in de orthoptie. De richtlijnen beslaan het gehele proces vanaf het moment van verwijzing tot en met het einde van de behandel-episode.

Ter illustratie is hierna in schema 6.3 één onderdeel weergegeven uit de centrale richtlijn voor de fysiotherapeutische behandeling van enkelletsel.

Schema 6.3: Centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen bij patiënten met een traumatisch letsel van het laterale kapselbandapparaat van de enkel: een deel van het 'Therapeutisch proces' (bron: KNGF, 1996)

Therapeutische fase 1. Ontstekingsfase: 0-3 dagen

Fysiotherapeutische bevindingen bij een 'normaal' herstelproces

- In rust is er pijn.
- Zwelling/haematoom is aanwezig.
- Patiënt kan niet volledig steun nemen op de voet.

Bevindingen in overeenstemming met een 'normaal' herstelproces: voer onderstaande behandeling uit.

Bevindingen niet in overeenstemming met een 'normaal' herstelproces: wat zijn de mogelijke oorzaken voor een afwijking van het 'normale' herstel zoals 'niet te verklaren pijn', bovenmatige ontstekingsreactie en absoluut onvermogen op het aangedane been te staan. Welke belemmerende factoren staan een 'normaal' herstel in de weg, zijn deze factoren beïnvloedbaar door fysiotherapie en kan de patiënt behandeld worden volgens de richtlijnen? Bij twijfel over de aard en ernst van het letsel contact opnemen met de verwijzend arts of terugverwijzen.

Behandeldoelen: reductie van pijn en zwelling, bevordering van de circulatie en partieel belasten.

Fysiotherapeutische verrichtingen: voorlichting/adviezen, oefenen van functies en begeleiden van het herstelproces.

Voorlichting:

- Geef informatie betreffende de aard en de ernst van het enkelbandletsel en het te verwachten normale herstel.

Adviezen:

- Algemeen: neem rust en leg de voet hoog. Pas eventueel nog koude-applicatie toe, 15-20 min. 1-3 maal/dag en leg eventueel een zwachtel aan.
- Lopen: uitsluitend belasten op geleide van de pijn, eventueel met elleboogkrukken.
- Werk: bij belasting van de enkel/voet tijdens het werk, niet werken of in overleg met werkgever ontlastende maatregelen nemen; bij zittend beroep: werkhervatting mogelijk, eventueel de voet hoog leggen.
- Sport: in afwachting van verder herstelproces voorlopig niet sporten.

Oefenen van functies:

- Binnen de pijngrens bewegen van de voet en tenen teneinde de circulatie te bevorderen. De voet niet belasten.

Controle en volgende behandeling in fase 2.

In de richtlijn is gedetailleerd beschreven bij welke diagnostische bevindingen wel en bij welke niet tot behandeling moet worden overgegaan. De richtlijn bevat overigens ook uitgebreide voorschriften over de wijze van diagnostiek (niet als voorbeeld opgenomen). Ook de behandeldoelen en de instructies aan de patiënt zijn specifiek en gedetailleerd vastgelegd. Elke richtlijn bestaat uit twee documenten. Ten eerste de centrale richtlijn voor de dagelijkse praktijk, en ten tweede de Verantwoording en Toelichting. Dit tweede document is veel uitgebreider en bevat de resultaten van de literatuurstudies die ter onderbouwing van de richtlijnen zijn verricht. Om tot multidisciplinaire afstemming te komen worden de richtlijnen voorgelegd aan en besproken met andere disciplines, in het geval van de enkelrichtlijn is dat de werkgroep Consensus Acuu Enkelletsel.

De fysiotherapeutische richtlijnen zijn dus meer omvattend dan de logopedische standaarden, omdat naast het behandelproces ook de medisch-technische kant van de behandeling is opgenomen.

Het voordeel van de logopedische standaarden is dat zij een geheel werkveld beslaan, terwijl de fysiotherapeutische richtlijnen beperkt zijn tot één aandoening. Het voordeel van de fysiotherapeutische richtlijnen is dat deze inzicht geven in de toegepaste behandeling; het nadeel is dat de ontwikkeling ervan zeer tijdsintensief is.

7 HET TOTSTANDKOMEN VAN EEN RICHTLIJN

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de wijze waarop richtlijnen tot stand kunnen komen. Volgens Grol (1994) komt een richtlijn in het ideale geval tot stand op basis van wetenschappelijk effect-onderzoek, vertaald naar de dagelijkse praktijk. Daarbij heeft één onderzoek doorgaans onvoldoende bewijskracht. Pas als verschillende onderzoekers op verschillende plaatsen en onder verschillende omstandigheden tot hetzelfde resultaat komen, is er sprake van wetenschappelijke evidentie. Deze situatie komt voornamelijk weinig voor. Daarom vindt het ontwikkelen van richtlijnen doorgaans plaats via een combinatie van wetenschappelijke onderzoeksresultaten en raadpleging van deskundigen via consensusprocedures. Daarnaast moet rekening gehouden worden met de toepasbaarheid in de praktijk en acceptatie door de verschillende betrokkenen (Grol e.a., 1994).

De paramedische beroepsgroepen verschillen in de werkwijze die zij bij het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden en protocollen hebben gevolgd. Deze verschillen worden in dit hoofdstuk nader toegelicht. Paragraaf 7.2 beschrijft de Delphi-methode die door de logopedisten is gevolgd. Paragraaf 7.3 gaat in op de wetenschappelijke onderbouwing die in de fysiotherapie als uitgangspunt is gekozen. Paragraaf 7.4 beschrijft de praktijkregistratie die het vertrekpunt vormt voor het standaardzorgplan in de orthoptie. Tot besluit wordt in paragraaf 7.5 de methode van de ergotherapeuten en de diëtisten besproken, een combinatie van wetenschappelijk onderzoek, raadpleging van deskundigen en praktijkregistratie.

7.2 De Delphi-methode in de logopedie

Voor het ontwikkelen van de logopedische standaarden is de Delphi-methode gebruikt. De Delphi-methode houdt in dat een panel van deskundigen probeert consensus over een richtlijn te bereiken. In schema 7.1 is de in de logopedie gevolgde methode schematisch weergegeven (bron: Lambert e.a., 1991A).

Schema 7.1: De gevolgde Delphi-methode bij de logopedische standaarden (bron: Lambert e.a., 1991A)

	DELPHI- RONDE 1	DELPHI- RONDE 2	DELPHI- RONDE 3	DELPHI- RONDE 4	DELPHI- RONDE 5	DELPHI- RONDE 6
Doel	taken van de logopedist	instemming conclusie ronde 1	concretiseren van de kwaliteits-criteria	instemming conclusie ronde 3	concretiseren van de kwaliteits-standaarden	instemming conclusie ronde 5
Vraagstelling	mening over taken van de logopedist	wel eens/ niet eens	mening over kwaliteits-	wel eens/ niet eens	mening over standaarden	wel eens/ niet eens
Onderzoeks- populatie	± 25 panel- leden	± 25 panel- leden	± 25 panel- leden	± 25 panel- leden	± 25 panel- leden	± 25 panel- leden

Voor het ontwikkelen van de standaard zijn in totaal 6 Delphi-rondes gehouden, waarbij de standaard steeds concreter is ingevuld. Achtereenvolgens is in deze rondes de mening gevraagd over de taken van de logopedist, de daar bijhorende kwaliteitscriteria en tot slot de concrete kwaliteitsstandaarden. In iedere ronde vond een verdere toespitsing en concretisering plaats. In iedere ronde werd de mening gevraagd van 25 logopedisten (het panel). Deze logopedisten waren afkomstig uit alle delen van het werkveld (Lambert e.a. 1991).

De meningen werden steeds gepeild via een schriftelijke enquête, gevolgd door een telefonische toelichting indien daar aanleiding toe was. De gegevens uit deze meningspeilingen werden zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt.

Op deze wijze zijn standaarden ontwikkeld voor logopedie in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen (somatisch en psycho-geriatrisch), audiologische centra en vrije vestigingen.

Een voordeel van deze Delphi-methode is dat de richtlijn wordt gestoeld op een brede basis en dat gebruik wordt gemaakt van de aanwezige deskundigheid in het veld. Het nadeel is dat het een tamelijk kostbare en tijdrovende aanpak is, wat overigens voor alle wijzen van richtlijnontwikkeling geldt.

7.3 Wetenschappelijke onderbouwing in de fysiotherapie

In de fysiotherapie is het uitgangspunt dat de richtlijnen zoveel mogelijk gebaseerd zullen zijn op wetenschappelijk onderzoek. Dit betekent dat een uitgebreide literatuurstudie naar de gekozen aandoening wordt verricht (Hermans, 1996). Het voordeel van deze methode is dat de meest adequate behandeling op objectieve wijze wordt vastgesteld. Een wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling draagt bovendien bij aan de geloofwaardigheid en acceptatie van de richtlijn door externe partijen. Een voordeel is ook dat het onderzoek dat verricht is, wordt benut en dat - door de periodieke aanpassing van de richtlijnen - gewaarborgd is dat nieuwe inzichten uit de wetenschappelijke literatuur worden verwerkt.

Ook hier is weer een nadeel dat een literatuurstudie tijdrovend en kostbaar is. Bovendien is speciale know-how nodig om dergelijke studies goed uit te kunnen voeren. Mede om die reden waren in de werkgroep die de richtlijn ontwikkelde - naast ervaringsdeskundigen - fysiotherapeuten met een wetenschappelijke achtergrond vertegenwoordigd. Inhoudelijk leverde het ontwikkelen van de richtlijn dan ook geen fundamentele problemen op. Wat betreft de tijdsplanning heeft de ontwikkeling veel langer geduurd dan vooraf was gepland. De ervaring heeft geleerd dat het onrealistisch is om te verwachten dat de - druk bezette - werkgroepleden dergelijke literatuurstudies in vrije tijd uitvoeren. Alle werkgroepleden hebben ongeveer 150 artikelen doorgespit (Hermans, 1996). In het vervolg zal dan ook voor een andere werkwijze worden gekozen en zal de literatuurstudie worden uitgevoerd door speciaal daarvoor aangestelde personen.

Een probleem bij het zoeken naar wetenschappelijke bewijzen voor de beste behandeling is volgens Hermans (1996) dat er vrij veel onderzoek naar de fysiotherapie is verricht, maar dat de kwaliteit daarvan vaak te wensen over laat. Daarom is de werk-

groep enkelletsel begonnen met het vaststellen van kwaliteitseisen waaraan elk onderzoek moest voldoen om bij het opstellen van de richtlijn gebruikt te mogen worden.

Een literatuurstudie geeft overigens niet in alle situaties uitsluitend over de meest adequate behandeling, zoals de ervaring is bij het ontwikkelen van de richtlijn over de fysiotherapeutische behandeling van stressincontinentie. In dat geval moet dan op een andere wijze tot consensus gekomen zien te worden, wat bij controversiële opvattingen niet eenvoudig blijkt te zijn.

7.4 Praktijkregistratie in de orthoptie

Om te komen tot een standaardzorgplan voor de amblyopiebehandeling besloten de orthoptisten een tijd lang in de praktijk te registreren welke behandeling werd toegepast en wat de effecten daarvan zijn. Het is als het ware een vergelijkend effect-onderzoek in het klein. Vooraf is afgesproken dat normen voor de meest effectieve behandeling gebaseerd worden op de feiten die uit de registratie naar voren komen. Gedurende een maand hebben tien orthoptisten gegevens over de behandeling geregistreerd op een speciaal daarvoor ontworpen formulier. De uitkomsten daarvan dienen aldus als basis voor het standaardzorgplan. Aanvullend literatuuronderzoek wordt gedaan om de behandeling te onderbouwen.

Interessant is dat men vooraf een aantal kritische kwaliteitskenmerken heeft geformuleerd aan de hand waarvan de effectiviteit van de verschillende typen behandeling beoordeeld zal gaan worden. Deze zijn in schema 7.2 te zien.

Schema 7.2: Kritische Kwaliteits Kenmerken Amblyopiebehandeling

- maximale visus
 - lage therapie-intensiteit
 - zo min mogelijk complicaties
 - hoge therapietrouw.
-

De kwaliteitskenmerken hebben betrekking op de effectiviteit van de behandeling (maximale visus), de doelmatigheid (lage therapie-intensiteit), risicobeheersing (geen complicaties) en de zelfwerkzaamheid van de patiënt (therapietrouw).

De methode van de orthoptisten kenmerkt zich door een resultaat georiënteerde aanpak: wat moet de behandeling voor de patiënt opleveren.

7.5 Een combinatie in de ergotherapie en de diëtetiek

In de ergotherapie is gekozen voor een combinatie van de in dit hoofdstuk besproken werkwijzen. Er is een stuurgroep voor de standaardontwikkeling geformeerd die vervolgens werkgroepen per standaard in het leven roept en taakopdrachten voor deze groepen formuleert. In de ergotherapie is ervoor gekozen om patiëntenorganisaties structureel bij de standaardontwikkeling te betrekken. Ten eerste participeert er een vertegenwoordiger van hen in de stuurgroep. Ten tweede zal ook in elke werkgroep een vertegenwoordiger van de betreffende patiëntenorganisatie deelnemen. De stuurgroep formuleert ook criteria waaraan standaarden moeten voldoen en een stappenplan met

handleiding voor toekomstige werkgroepen. Dit laatste gebeurt in samenwerking met de huidige werkgroepen. De twee werkgroepen zijn in oktober 1996 begonnen de taakopdracht uit te voeren en zullen medio 1997 klaar zijn. De groepen zijn verder gevormd uit ergotherapeuten uit een regio met veel ervaring op het gebied van het onderwerp. Een referentengroep over het hele land beoordeelt de ontwikkelde concepten, die zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd zijn (Driessen e.a., 1997). Daarnaast is door CBO en NVE een vragenlijst verstuurd naar alle afdelingen ter inventarisatie van standaarden en protocollen die ten aanzien van dit onderwerp reeds in de praktijk gebruikt worden (CBO, 1997). In het najaar zal meer bekend zijn over de in de ergotherapie gevolgde werkwijze en de opgedane ervaringen.

In de diëtetiek is men bij de ontwikkeling van het raamwerk ook uitgegaan van de methode voor fysiotherapie. De nadruk ligt bij de diëtisten echter minder op de wetenschappelijke onderbouwing en meer op praktijkervaring.

8 IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN

8.1 Inleiding

Binnen de paramedische beroepsgroepen is nog geen ervaring opgedaan met de implementatie van richtlijnen, standaarden of protocollen. Dit komt omdat de ontwikkelingen nog in een pril stadium verkeren, zoals de vorige hoofdstukken hebben laten zien. Desondanks willen we in dit laatste hoofdstuk enkele algemene opmerkingen over implementatie de revue laten passeren en in het kort beschrijven welke implementatieplannen binnen de paramedische beroepsgroepen bestaan.

Grol heeft een aantal aanbevelingen met betrekking tot implementatie geformuleerd. Volgens hem moeten richtlijnen voldoen aan een aantal criteria om ervoor te zorgen dat ze in de praktijk worden geaccepteerd en ingevoerd. Deze zijn ter informatie in schema 8.1 weergegeven (bron: Grol e.a., 1994). Een deel van de criteria in het schema zijn eerder in dit rapport besproken. Voor de volledigheid presenteren we desondanks het gehele schema.

Schema 8.1: Criteria voor goede praktijkrichtlijnen (bron: Grol e.a., 1994)

Wetenschappelijk verantwoord

- leiden tot verwachte uitkomsten (gezondheid, kostenbeheersing, tevredenheid)
- gebaseerd op zorgvuldige analyse van onderzoeksliteratuur
- relatie tussen onderzoeksbevindingen en richtlijnen is duidelijk
- adequaat gebruik van klinische expertise
- de hardheid van de aanbevelingen is aangegeven

Reproduceerbaar

- een andere werkgroep produceert vergelijkbare aanbevelingen
- verschillende hulpverleners passen richtlijnen op dezelfde wijze toe in de zelfde situatie

Toepasbaar

- ze zijn opgesteld vanuit het perspectief van de behoeften en vragen van de doelgroep
- integratie ervan in de praktijk is eenvoudig

Specifiek en gedifferentieerd

- ze omschrijven nauwkeurig de situaties en patiëntenpopulaties waarvoor richtlijnen gelden
- ze houden rekening met belangrijke beïnvloedende factoren (bijvoorbeeld ernst van de ziekte)

Flexibel

- veel voorkomende uitzonderingen worden benoemd
- er is ruimte in de richtlijnen voor het eigen oordeel van de hulpverlener, voorkeuren van patiënten en aanpassing aan relevante omstandigheden in de werksetting

Helder en begrijpelijk

- adequaat taalgebruik (geen vage of abstracte termen, consistente terminologie)
- presentatie in een logische vorm
- index voor belangrijke termen

Didactisch

- vorm aangepast aan werkwijze en beslisproces in de praktijk
- zeer concrete aanbevelingen
- concentratie op de essentiële aspecten van het handelen
- kern van de boodschap moet er uit springen
- de vertaling naar educatieve hulpmiddelen, de evaluatie van instrumenten en dergelijke zijn eenvoudig

Attractief

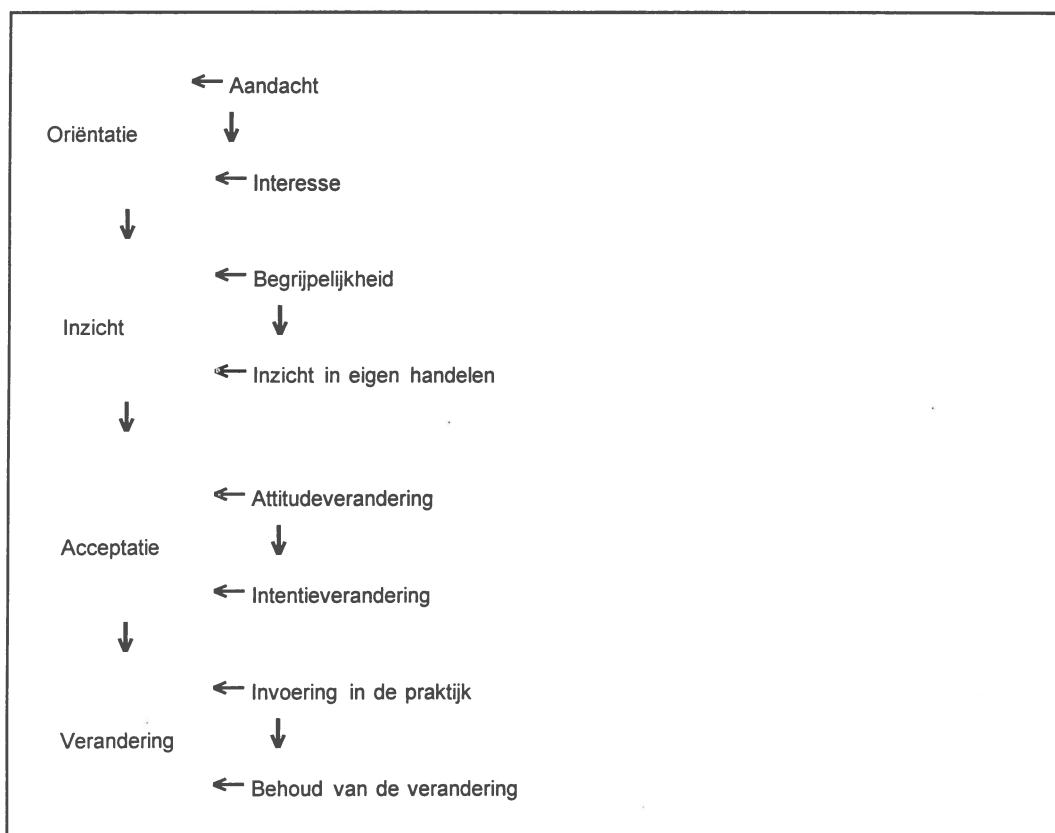
- de lay-out trekt de aandacht (aantrekkelijke lettertypes, indeling, grafische hulpmiddelen)
 - gebruik van samenvatting
-

Kijken we naar de laatste vier aspecten in het schema, dan zal volgens Grol de acceptatie groter zijn indien de richtlijnen enige flexibiliteit toelaten. Bijvoorbeeld ruimte laten voor aanpassing van de richtlijn aan specifieke omstandigheden in de werksetting. Daarnaast is de presentatie van de richtlijn van groot belang. De richtlijn moet beperkt zijn tot de essentiële aspecten van het handelen en de kern van de boodschap moet eruit springen. Vanzelfsprekend is helder en concreet taalgebruik een vereiste. Tenslotte zal een attractieve en overzichtelijke vormgeving de acceptatie ten goede komen.

8.2 Implementatieplannen bij de paramedici

Zoals opgemerkt zijn de paramedici gedurende het programma OKPZ nog niet toe aan implementatie. Wel is binnen het OKPZ-programma aangeraden vroeg een implementatieplan te maken. Enkele beroepsgroepen hebben hier reeds aan gewerkt. De richtlijnencommissie bij de fysiotherapeuten ontwikkelt per richtlijn een implementatieplan. Zij gaan daarbij uit van het 'model voor deskundigheidsbevordering' van Grol e.a. (1994) zoals afgebeeld in schema 8.2

Schema 8.2: Model voor deskundigheidsbevordering (bron: Grol e.a., 1994)



Binnen het implementatieplan in de fysiotherapie zal ten eerste aandacht en interesse voor de richtlijn worden opgewekt. Daarna wordt inzicht gegeven in de inhoud van de richtlijn en wordt via diverse activiteiten geprobeerd de acceptatie van de richtlijn te be-

werkstelligen. Te zijner tijd wordt via een evaluatie onderzocht of de richtlijn in de praktijk wordt nageleefd.

De implementatie zal verlopen via het kader in de fysiotherapie. Men wordt gestimuleerd de richtlijn in de diverse overleggen te bespreken, hiertoe is een folder met stellingen over de richtlijn uitgegeven. Geplande activiteiten zijn onder andere ook het organiseren van thema-avonden, bijdragen op congressen en overleg met opleidingen om ook de studenten reeds met de richtlijn kennis te laten maken. Tenslotte is ook een registratieformulier ontwikkeld aan de hand waarvan het eigen handelen kan worden getoetst. In het vierde deelrapport is beschreven in hoeverre het kader reeds bekend is met richtlijnontwikkeling.

Binnen de logopedie en de ergotherapie zijn de implementatieplannen nog in ontwikkeling. Eind 1997 zullen deze worden gepresenteerd. Vooralsnog zal in deze plannen aandacht worden geschonken aan de activiteiten die in schema 8.3 zijn weergegeven. Deze zijn onder andere ontleend aan Hendriks e.a., 1995.

Schema 8.3: Activiteiten met betrekking tot implementatie logopedie en ergotherapie.

- publikatie(s) in vaktijdschrift(en)
 - persbericht in dagbladen gericht op de doelgroep van de richtlijn;
 - opstellen discussieformulier
 - opstellen patiëntenfolder
 - opstellen scholingspakket.
 - richtlijnen verspreiden bij congressen/symposia
 - richtlijnen toezenden aan 'derden'
 - richtlijnen presenteren op congressen/themadagen;
 - organiseren van studie(mid)dag(en)
 - regiogroepen bezoeken en de richtlijn introduceren;
 - opstellen toetsingsinstrument
-

Uit het schema blijkt dat een variëteit aan activiteiten is gepland om richtlijnen en standaarden in te voeren. Bij de evaluatie van het nieuwe BKPZ programma zal blijken in welke mate deze implementatiestrategieën effectief zijn geweest.

9 BESCHOUWING

In vier deelrapporten is de eindevaluatie beschreven van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). In dit programma is een begin gemaakt met de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen voor de paramedische beroepen. De eerste ervaringen daarmee zijn in dit derde deelrapport beschreven. De drie andere rapporten gaan in op het kwaliteitsbeleid (deel 1), de effecten van intercollegiale toetsing (deel 2) en het draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk (deel 4). Het programma OKPZ had een looptijd van drie jaar. Jaarlijks zijn tussentijdse rapportages door het NIVEL uitgebracht op basis waarvan het OKPZ programma is bijgesteld.

Recent is bekend geworden dat in 1997 een 3-jarig vervolgprogramma start, waarin onder andere accenten zullen liggen op de verdere implementatie van intercollegiale toetsing en de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen. Het NIVEL heeft opdracht gekregen de effecten daarvan te onderzoeken.

Het huidige rapport is meer informatief dan evaluatief van karakter. Gezien het prille karakter van de richtlijn-ontwikkeling behoorde evaluatie-onderzoek nog niet tot de mogelijkheden. Daarom is in dit rapport een overzicht gegeven van de varianten die er op het gebied van richtlijnen, standaarden en protocollen bestaan. Elk van de vijf beroepen, die binnen het OKPZ-programma met de ontwikkeling van richtlijnen is gestart, heeft voor een eigen aanpak gekozen. De overeenkomsten en verschillen zijn in dit rapport op een gestructureerde manier in kaart gebracht.

Deze hebben betrekking op onder andere:

- een centrale dan wel decentrale aanpak, dat wil zeggen ontwerpt men landelijke of lokale richtlijnen?
- het stramien, maakt men vooraf wel of niet een stramien om richtlijnen op uniforme wijze te ontwikkelen?
- de doelen die met de richtlijnen worden beoogd: legt men een accent op strategische of op inhoudelijke doelen?
- welke onderwerpen worden voor een richtlijn gekozen en wie bepaalt dat?
- kiest men bij de invulling van de richtlijn voor wetenschappelijke onderbouwing, Delphi-methodes of praktijkregistraties?
- welke implementatie strategieën worden gebruikt?

In dit rapport is beschreven welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze voor een bepaalde aanpak. Deze informatie kan een hulpmiddel zijn voor de beroepsgroepen die nog met de ontwikkeling van richtlijnen zullen beginnen.

Uit de interviews met de besturen van de beroepsverenigingen bleek grote behoefte te bestaan aan informatie om keuzes op te baseren. Het kiezen uit de diverse varianten van richtlijnen, protocollen en standaarden werd als een complexe aangelegenheid ervaren, niet in de laatste plaats vanwege de ingrijpende consequenties. Ten eerste is de keuze min of meer bepalend voor de koers die de komende twee decennia wordt ingezet. Een dergelijke periode blijkt nodig voor het ontwikkelen van landelijke richtlijnen of standaarden, zoals de ervaring bij de huisartsen heeft geleerd. Ten tweede vereist de ontwikkeling van richtlijnen een zeer grote investering in menskracht en financiële middelen die niet bij elke beroepsgroep binnen het bereik ligt. En ten derde

zijn met de keuze strategische belangen gemoeid omdat de richtlijnen van invloed kunnen zijn op de wijze waarop externe partijen tegen het beroep aankijken en misschien ook op de keuzes die in de zorg zullen worden gemaakt.

Mede om deze redenen is het op bestuursniveau aan te raden in overleg te treden met externe partijen om te onderzoeken aan welke aspecten zij belang hechten bij het type richtlijn, standaard of protocol dat gekozen wordt. Daarnaast lijkt het aanbevelenswaardig om patiënten of hun organisaties te betrekken bij de inhoud van de richtlijn, conform de afspraken die hieromtrent in Leidschendam zijn gemaakt. Bij specifieke aandoeeningen kunnen de categoriale patiëntenverenigingen hun ervaringskennis en daaruit voortvloeiende wensen ten aanzien van de behandeling inbrengen. Tot nog toe worden alleen door de ergotherapeuten structureel vertegenwoordigers van de NP/CF (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie) en van patiëntenverenigingen betrokken bij de standaardontwikkeling. Aan deze betrokkenheid van externe partijen wordt door de Ziekenfondsraad veel belang gehecht en binnen het vervolg-BKPZ-programma worden dan ook door de andere beroepsgroepen plannen in die richting gemaakt.

In dit rapport zijn tal van tips en aanbevelingen te vinden die bij de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden van belang zijn. We zullen ze hier niet herhalen. Deze aanbevelingen zijn voor een groot deel ontleend aan de studies van Grol e.a. (1994), waaruit wij de meer praktische tips hebben geselecteerd. Grol heeft zich naast de theorie vooral ook gebaseerd op de ervaringen die in de huisartsgeneeskunde zijn opgedaan met de ontwikkeling van de NHG-standaarden. Hoewel zijn aanbevelingen een universeel karakter hebben, is het ons niet bekend of zij zonder meer van toepassing zijn op de paramedische beroepen. Met name de beschikbaarheid van wetenschappelijk onderzoek is een probleem omdat dit bij de paramedische beroepen minder ver ontwikkeld is dan in de huisartsgeneeskunde. Dit betekent dat 'evidence-based-medicine' in veel richtlijnen niet gerealiseerd zal kunnen worden. Overigens wordt daarmee wel duidelijk zichtbaar op welke gebieden van de paramedische zorg nader onderzoek aangewezen is.

De ontwikkeling van richtlijnen is één stap, de implementatie daarvan in de praktijk is veel complexer. De vraag of individuele beroepsbeoefenaren bereid zijn de richtlijn over te nemen en hun behandelingen in de gewenste richting te veranderen zal pas over enkele jaren beantwoord kunnen worden, als de eerste richtlijnen in de praktijk zijn ingevoerd. De informatie uit het vierde deelrapport biedt tal van aanknopingspunten voor de implementatieplannen die de beroepsgroepen ontwikkelen. Het succes van deze implementatie zal in het vervolgonderzoek duidelijk worden.

LITERATUUR

- CBO. 10 gouden tips voor het gebruik van richtlijnen/protocollen. Utrecht: CBO, november 1996.
- CBO. Eindrapportage van het programma OKPZ. Periode januari 1994-december 1996; Utrecht: CBO, januari 1997.
- CBO. Kwaliteit in beweging, verslag van het programma OKPZ; Utrecht: CBO, 1997A.
- DRIESSEN, M.J., SLUIJS, E.M., DEKKER, J. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg: evaluatie van het programma: ondersteuning kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport. Utrecht: NIVEL, 1995.
- DRIESSEN, M, TIMMERMANS, H. Standaardontwikkeling in de ergotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, juni 1997. p.100-103.
- ETTEKOVEN, H. VAN, REITSMA, E., HENDRIKS, E. Richtlijnen als kwaliteitsinstrument binnen de fysiotherapie. Fysiopraxis, nr. 2, februari 1996. p.18-19.
- ETTEKOVEN, H. VAN, REITSMA, E., HENDRIKS, E., VERHOEVEN, A. Centrale richtlijnen; hoe komen ze tot stand? Fysiopraxis, nr. 9, juni 1996A, p.30-33.
- EVERS, A. Handleiding Protocollen Diëtetiek (concept). Utrecht: NVD & CBO, november 1996.
- GROL, R.T.P.M., EVERDINGEN, J.J.E. VAN, CASPARIE, A.F. Invoering van richtlijnen en veranderingen. De Tijdstroom, Utrecht, 1994.
- HART-EERDMANS, M. 'T, HOEFNAGELS, J.M.J., HULLU, A.W. DE, INDEMANS, C.G.J., NISPEN TOT PANNERDEN, L.L.A.M. VAN. Artsenwijzer diëtetiek. Dienst Diëtetiek Academisch Ziekenhuis Leiden, 1994.
- HENDRIKS, H.J.M., REITSMA, E., ETTEKOVEN, H. VAN. Centrale richtlijnen in de fysiotherapie: introductie van het Centrale Richtlijnen (CR-)project. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 106, 1996, nr. 1, p.2-11
- HERMANS, J. Tweede set richtlijnen voor fysiotherapeutisch handelen. Fysiopraxis, nr. 14, oktober 1996, p.18-19.
- KLAZINGA, N., KAASENBROOD, A. The art of developing clinical guidelines. European Newsletter on Quality Assurance: 8, 1992, p.3
- KNGF. Centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen bij patiënten met een traumatisch letsel van het laterale kapselbandapparaat van de enkel. Concept eindversie 25 juli 1996. Amersfoort: KNGF, 1996.
- LAMBERT, J., HOLLANDS, L., BERGEN, B. VAN. Kwaliteitsbevordering in de logopedie. Deel 1: algemeen kader voor kwaliteitsbevordering in de logopedie, 1991.
- LAMBERT, J., DERKS, K., LINDEN, S., TONNAER, M., DIELEMANS, B., HOLLANDS, L., BERGEN, B. VAN. Kwaliteitsbevordering in de logopedie. Deel 2: ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de logopedist werkzaam in de vrije vestiging, 1991A.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Paramedici en kwaliteitsbeleid. Reader studiedag 16 november 1992. Georganiseerd door de Vaste commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE. Standaarden. Gouda: NVLF, november 1996.
- REUNIS-DE RECHTER, M. Ontwikkeling van centrale richtlijnen: waarom? Fysiopraxis nr. 7, mei 1996, p.30-31.

SLUIJS, E.M., BAKKER, D.H. DE, DRONKERS, J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1994.

SLUIJS, E.M., TIMMERMANS, J.E. Paramedici ontwikkelen samenhangend kwaliteitsbeleid. Cesar Magazine: 26, 1995, nr. 2, p.37-40.

SLUIJS, E.M., DEKKER, J. Voortgang van het programma ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Tweede interimrapport. Utrecht: NIVEL, 1996.

THOMAS, S. Afstemming consensusrichtlijnen en standaarden. Medisch Contact 1991, nr. 45, p.1357-1360.

De vier deelrapporten met de eindevaluatie van het OKPZ-programma zijn:

1. Kwaliteitsbeleid

SLUIJS, E.M., DEKKER, J. Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997. Utrecht, NIVEL, 1997.

2. Intercollegiale toetsing

SLUIJS, E.M., DEKKER, J. Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Utrecht, NIVEL, 1997.

3. Richtlijnen, standaarden en protocollen

VISSER, E., SLUIJS, E.M., DEKKER, J. De ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen door de paramedische beroepsgroepen. Utrecht, NIVEL, 1997.

4. Draagvlak

SLUIJS, E.M., VISSER, E., STEULTJENS, M., DEKKER, J. Draagvlak voor het paramedische kwaliteitsbeleid in de praktijk. Utrecht, NIVEL, 1997.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997.

Deelrapport 1: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)

Auteurs: E.M.Sluijs, J.Dekker

Utrecht: NIVEL, 1997, 62 pag., fl. 13,50

Het rapport beschrijft het paramedische kwaliteitsbeleid anno 1997 en de toekomstplannen van de paramedische beroepen. De paramedische beroepen zijn de Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. De afgelopen drie jaar hebben deze beroepen grote vorderingen gemaakt bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid en zijn tal van kwaliteitsbevorderende activiteiten in gang gezet. In het rapport wordt beschreven wat het driejarige - door het Ministerie van VWS gesubsidieerde - programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ) heeft opgeleverd.

Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten

Deelrapport 2: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)

Auteurs: E.M.Sluijs, J.Dekker

Utrecht: NIVEL, 1997, 66 pag., fl. 14,00

Dit rapport beschrijft de ervaringen van ruim 600 paramedici met intercollegiale toetsing. Zij vertegenwoordigen de Ergotherapeuten, Diëtisten, Fysiotherapeuten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten-Mensendieck, Radiodiagnostisch Laboranten en Radiotherapeutisch Laboranten. Hun ervaringen laten zien dat intercollegiale toetsing een niet geringe (tijds)investering vraagt maar tal van concrete verbeteringen oplevert. Intercollegiale toetsing blijkt tot meer uniformiteit in de beroepsgroep te leiden.

Draagvlak voor het paramedische kwaliteitsbeleid in de praktijk

Deelrapport 4: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)

Auteurs: E.M.Sluijs, E.Visser, M.Steultjens, J.Dekker

Utrecht: NIVEL, 1997, 76 pag., fl. 15,50

Dit rapport beschrijft de opvattingen van paramedische beroepsbeoefenaren over 21 activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. De ruim 900 geënquêteerde paramedici hebben ook hun mening over de implementatie daarvan gegeven. Zij vertegenwoordigen Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. De resultaten laten zien dat kwaliteit volop 'leeft' in het veld. De beroepsgroepen verschillen in de prioriteiten die zij stellen en in hun visie op de implementatie. De gegevens kunnen richting geven aan de implementatieplannen die de beroepsverenigingen ontwikkelen.

