

# Valkuilen bij onderzoek naar richtlijnimplementatie

Jako S. Burgers

 GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D151

Richtlijnen zijn niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Binnen vrijwel alle beroepsgroepen in de zorg worden richtlijnen ontwikkeld als basis voor het kwaliteitsbeleid. Verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruiken richtlijnen als bron om de kwaliteit van zorg te toetsen. Op regionaal en lokaal niveau worden protocollen en samenwerkingsafspraken ontwikkeld op basis van landelijke richtlijnen. Met de implementatie van richtlijnen zit het dus wel goed, zou men kunnen concluderen.

Toch blijkt uit onderzoek naar de implementatie van richtlijnen dat de effecten in de praktijk tegenvallen.<sup>1</sup> Als er dan toch verbetering is vastgesteld, betreft deze slechts een deel van de aanbevelingen en vaak niet de uitkomst van zorg. De belemmerende factoren voor de implementatie van richtlijnen zijn veelvuldig onderzocht en kunnen betrekking hebben op de richtlijn, de zorgprofessional, de patiënt en de organisatie.<sup>2</sup>

Op grond van de hoeveelheid beschikbare kennis zijn de vaak matige effecten van richtlijnen en implementatiestrategieën welhaast voorspelbaar geworden. Onderzoek naar de implementatie van richtlijnen kan evenwel meer betekenis krijgen als vooraf rekenschap wordt gegeven van een aantal valkuilen.

## WOUD AAN RICHTLIJNEN

Implementatieonderzoek richt zich vaak op één richtlijn of op een beperkt aantal richtlijnen. In de praktijk hebben zorgprofessionals echter te maken met tientallen en soms meer dan 100 richtlijnen. Zo zijn er voor de huisarts bijna 100 NHG-standaarden plus 35 farmacotherapeutische richtlijnen beschikbaar. Als we uitgaan van gemiddeld 40 specifieke aanbevelingen per richtlijn, is het totale aantal aanbevelingen ruim 5000. Bovendien wordt elk jaar circa 15% van de richtlijnen herzien. Het is vrijwel onmogelijk om dit allemaal bij te houden. Dit geldt ook voor zorgprofessionals in ziekenhuizen en instellingen, die met vergelijkbare aantallen – of met wellicht nog meer – richtlijnen en protocollen te maken hebben.

Onderzoek dat aantoont dat een richtlijn na een jaar nog

niet of slechts gebrekkig in de praktijk is ingevoerd, appelleert aan de onmacht van artsen om aan alle landelijke eisen en normen te voldoen. Vooral als er extra inspanningen worden gevraagd waarvan het resultaat niet direct zichtbaar is, vergt de implementatie veel aandacht en tijd. Zo duurt de invoering van richtlijnen op het gebied van preventie en screening soms wel meerdere jaren.

## ZORGPROFESSIONALS VOELEN ZICH GEEN EIGENAAR

Richtlijnen krijgen betekenis als ze als ‘eigen’ worden beschouwd en als onderdeel worden ervaren van de gereedschapskist aan kennis en vaardigheden die de professional zelf ter beschikking heeft bij het leveren van goede patiëntenzorg. De NHG-standaarden worden vooral gewaardeerd omdat ze ‘door en voor huisartsen’ zijn ontwikkeld.

Bij multidisciplinaire richtlijnen daarentegen is het eigenaarschap verdeeld over diverse disciplines. De noodzaak en behoefte om deze richtlijnen in de praktijk te brengen is sterk afhankelijk van de ‘trekker’ of de initiatiefnemende organisatie. Op lokaal niveau zullen meerdere disciplines – artsen, verpleegkundigen en paramedici – en soms ook het management van de instelling moeten worden gemotiveerd.

De landelijke richtlijn ‘Delier voor volwassenen en ouderen’ geeft de voorkeur aan niet-medicamenteuze interventies en trekt daardoor een behoorlijke wissel op de beschikbaarheid en vaardigheden van het verplegend personeel. Zolang de betrokkenen zich geen eigenaar voelen van deze richtlijn, zal de implementatie lang op zich laten wachten en zijn de teleurstellende uitkomsten van onderzoek naar de implementatie van de richtlijn voorspelbaar.

## IMPLEMENTATIE ALS EEN SCHOT HAGEL

Naast een overvloed aan richtlijnen is er ook een overvloed aan implementatiestrategieën beschikbaar.<sup>3</sup> Denk hierbij aan diverse vormen van scholing, intervisie, computerondersteuning, visitatie, patiëntenvoorlichting, landelijke campagnes en financiële prikkels. Vaak wordt een combinatie van strategieën ingezet om een richtlijn in de praktijk te brengen.

Een richtlijn bestaat echter uit verschillende aanbevelingen, die elk een specifieke aanpak vereisen om de gewenste veranderingen te realiseren. Voor de ene aan-

NHG, *afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.*

Dr. J.S. Burgers, huisarts (j.burgers@nhg.org).

beveling ligt het accent op het aanleren van vaardigheden, bijvoorbeeld het inbrengen van een spiraal of het omgaan met verwarde patiënten. Maar bij een andere aanbeveling gaat het om het veranderen van routines, bijvoorbeeld het introduceren van een telprotocol bij operaties of het stoppen met herhaalrecepten van slaapmedicatie zonder spreekuurcontact. Voor deze laatste aanbeveling is ook adequate patiëntenvoorlichting van groot belang.

Bij implementatieonderzoek wordt echter vaak onvoldoende rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de aanbevelingen binnen een richtlijn en worden de effecten niet afzonderlijk bekeken.<sup>4</sup> Als een grote set implementatiestrategieën effect sorteert, maar het onderzoek niet differentieert tussen de verschillende aanbevelingen, blijft onbekend welke maatregel de doorslag heeft gegeven.

#### GEEN ZINVOLLE UITKOMSTMATEN

Verreweg het meeste implementatieonderzoek richt zich op de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd. Deze compliantie wordt bepaald door het zorgproces te meten aan de hand van indicatoren die zijn afgeleid van de kernaanbevelingen in een richtlijn. De veronderstelling is dat bij een hogere compliantie de richtlijn beter wordt gevolgd. Onderzoek naar een succesvolle implementatie laat vaak een gemiddelde stijging van de compliantie zien van 10-15%, maar zelden meer.

De effecten van richtlijnen op de patiëntenzorg zijn lastiger te meten, maar deze zijn ook afhankelijk van andere factoren dan de richtlijn. In de praktijk kan worden afgevoerd van de richtlijn, omdat er in het verleden nare ervaringen waren met de aanbevolen therapie, bijvoorbeeld door het optreden van bijwerkingen, of omdat de patiënt specifieke voorkeuren heeft en geen aanvullende medicamenteuze therapie wenst ook al heeft hij of zij een

bloeddruk of cholesterolwaarde boven de streefwaarde. Dit kunnen legitieme redenen zijn om af te wijken van de richtlijn, mits het beleid in goed overleg met de patiënt tot stand is gekomen. In deze gevallen kan het meten van het proces van gedeelde besluitvorming tot zinnigere uitkomsten leiden dan het bepalen van de compliantie aan de richtlijn.

#### TOT SLOT

Richtlijnen blijven een onmisbare bron van gestolde kennis, maar richten zich niet op de individuele patiënt. Het koppelen van keuzehulp of -tabellen aan de aanbevelingen waarbij er daadwerkelijk iets te kiezen valt, biedt mogelijkheden om het gesprek met de patiënt en zijn naasten meer handvatten te geven in de praktijk.<sup>5</sup> De toepassing van richtlijnen en persoonsgerichte zorg kunnen daarbij hand in hand gaan.

De effecten van deze exercitie zijn echter maar weinig in samenhang onderzocht. De toekomst van richtlijnen kan wel eens sterk afhangen van de mate waarin kan worden aangetoond of zij daadwerkelijk bijdragen aan het leveren van persoonsgerichte zorg.<sup>6</sup> Dit betekent een nieuwe uitdaging voor het implementatieonderzoek.

Trudy van der Weijden, hoogleraar implementatie van richtlijnen, Universiteit Maastricht, gaf nuttig commentaar op een eerdere versie van dit manuscript.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 juni 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D584

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D584](http://WWW.NTVG.NL/D584)**

#### LITERATUUR

- Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:385-92.
- Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2008;8:38.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004;8.iii-iv, 1-72.
- Lugtenberg M, Zegers-van Schaik J, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci.* 2009;4:54.
- Van der Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient decision aids. An inevitable relationship. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:584-9.
- Schoemaker C, van Everdingen J, van Loon J. De toekomst van richtlijnen. Een verkenning aan de hand van de vier perspectieven van de VTV-2014. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2015;159:A8347.