

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/69208>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen?

A.F.G. LEENTJENS, J.S. BURGERS

ACHTERGROND De invloed die een richtlijn heeft op de klinische praktijk is afhankelijk van de mate waarin de aanbevelingen ervan worden opgevolgd (adherentiegraad).

DOEL Bepalen van de adherentie aan aanbevelingen in evidence-based richtlijnen en bespreken van factoren die hierop invloed hebben.

METHODE Literatuuronderzoek.

RESULTATEN De graad van adherentie aan aanbevelingen in richtlijnen was gemiddeld in diverse onderzoeken niet hoger dan 60-70%, maar verschilde sterk voor verschillende richtlijnen en individuele professionals. Met betrekking tot de adherentiegraad speelden veel factoren een rol: factoren die samenhangen met de richtlijn zelf, met de inspanningen van de wetenschappelijke beroepsverenigingen en met de organisatie en de instelling, de professional en de patiënt. De implementatie blijkt reeds te beginnen vóór en tijdens het opstellen van de richtlijn. Gebreken in de opstellingsfase blijken de adherentie negatief te beïnvloeden en kunnen achteraf vaak niet meer worden rechtgezet.

CONCLUSIE Voor een effectieve implementatie moeten op meerdere terreinen initiatieven worden ontplooid om de doelgroep te helpen bij het kennisnemen en accepteren van de richtlijn. Richtlijnontwikkeling staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van een kwaliteitscirkel, waarin ook de implementatie en evaluatie een belangrijke rol hebben.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 329-335]

TREFWOORDEN adherentie, implementatie, richtlijnontwikkeling

Wetenschappelijke beroepsverenigingen zien richtlijnontwikkeling steeds meer als een belangrijk hulpmiddel in de vertaalslag van onderzoeksresultaten en nieuwe inzichten naar de klinische praktijk. Het doel van richtlijnen is de kwaliteit van zorg te verbeteren (Burgers & Grol 2006). Of dit doel ook inderdaad bereikt wordt, hangt af van verschillende factoren. Uiteraard moet allereerst de richtlijn zelf wetenschappelijk valide zijn. Als leidraad voor het opstellen van richtlijnen wordt doorgaans het *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation- of AGREE-instrument* gebruikt (www.agreecollaboration.org) (Swinkels & Van Everdin-

gen 2008). Vervolgens moet de richtlijn worden verspreid en bekendgemaakt onder de doelgroep, en ten slotte moeten de in de richtlijn geformuleerde aanbevelingen ook in de praktijk gevolgd worden. Om dit laatste te bereiken moet een plan voor disseminatie en implementatie worden opgesteld.

Doel van dit artikel is om de mate van adherentie te inventariseren en de factoren te bespreken die een rol spelen bij succesvolle implementatie en die leiden tot een optimaal gebruik van richtlijnen in de praktijk. Of succesvolle implementatie ook leidt tot betere patiëntenzorg en een betere gezondheid van de patiënt is weer een

andere vraag, die elders in dit nummer besproken wordt (Van Balkom & Oosterbaan 2008).

METHODE

Met een vrije zoekstrategie werd in Medline gezocht naar onderzoeken die de implementatie van richtlijnen evalueerden. Hierbij werd zowel gezocht naar onderzoeken naar de mate van adherentie, als naar onderzoeken naar de factoren die hierop van invloed kunnen zijn. Omdat deze factoren per richtlijn kunnen verschillen, wordt in dit overzicht vooral aandacht besteed aan systematische reviews die tot doel hadden een set van meerdere richtlijnen te evalueren.

RESULTATEN

De mate van adherentie

In de meeste onderzoeken werd een adherentie aan richtlijnen gemeten die niet hoger was dan 60-70%. In het algemeen wordt een adherentiegraad van 80-90% als reëel en wenselijk gezien. De adherentie kan namelijk nooit 100% zijn, omdat er bij een deel van de patiënten redenen zijn om gefundeerd af te wijken van hetgeen de richtlijn voorschrijft. In Nederland werd geen onderzoek verricht naar de mate van adherentie aan psychiatrische behandelrichtlijnen. Wel werden diverse onderzoeken verricht naar de mate waarin huisartsen volgens de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werken. In de jaren negentig van de vorige eeuw werden twee onderzoeken uitgevoerd die respectievelijk 47 en 70 richtlijnen betroffen. Hierin werd een gemiddelde adherentie van respectievelijk 61 en 67% gerapporteerd (Grol e.a. 1998; Grol 2001). In de zogenoemde 'Tweede Nationale Studie' werd het huisartsgeneeskundig handelen getoetst aan 61 NHG-standaarden (Braspenning e.a. 2004). In 68% van de gevallen werd medicatie conform de aanbevelingen in de betreffende standaard voorgeschreven. Ook de standaarden over depressie en die over angststoornissen werden onderzocht. Tijdens

gemiddeld 68 respectievelijk 42% van de episoden waarbij volgens de richtlijn een antidepressivum geïndiceerd was, werd daadwerkelijk een antidepressivum voorgeschreven. Hierbij werd slechts in 15% een tricyclisch antidepressivum voorgeschreven, terwijl dit in de standaarden gelijkwaardig werd geacht aan de selectieve serotonineheropnameremmers.

In het Verenigd Koninkrijk werd onder 58 instellingen van de National Health Service (NHS) onderzoek gedaan naar de adherentie aan 22 richtlijnen van het National Institute of Clinical Excellence (NICE). Hierbij werden sterk wisselende adherentiepercentages gevonden, die afhankelijk waren van de specifieke richtlijn en van de setting (huisarts of ziekenhuis). De enige psychiatrische richtlijn die in het onderzoek werd meegenomen, was die voor het voorschrijven van cholinesteraseremmers bij alzheimerdementie. Onder medisch specialisten varieerde de adherentie aan deze richtlijn van 52 tot 85%; bij huisartsen was deze beduidend lager en varieerde van 21 tot 46% (Sheldon e.a. 2004).

Het lijkt er dus op dat richtlijnen, ondanks de investeringen van wetenschappelijke verenigingen en wijdverspreide disseminatie, slechts in beperkte mate het gedrag van artsen beïnvloeden (Cabana e.a. 1999; Lomas e.a. 1989).

Factoren die samenhangen met adherentie

Er waren vele factoren die samenhangen met de mate van adherentie aan een richtlijn. In dit artikel wordt de volgende indeling gehanteerd: factoren die samenhangen (a) met de richtlijn zelf, (b) met de inspanningen van de wetenschappelijke beroepsverenigingen, (c) met de organisatie en de instelling, (d) met de professional en ten slotte (e) met de patiënt. Deze zullen achtereenvolgens worden besproken.

Factoren die samenhangen met de richtlijn zelf Kenmerken van de richtlijn zelf bleken ook van invloed op de mate van adherentie.

In een onderzoek onder 61 huisartsen naar

hun adherentie aan 47 NHG-standaarden werd gevonden dat de sterkste predictor voor adherentie de mate van concreetheid van de in de richtlijn gegeven adviezen was: een richtlijn die vage en niet-specifieke aanbevelingen gaf, werd minder goed opgevolgd dan een richtlijn met duidelijke en concrete adviezen (Grol e.a. 1998). Ook aanbevelingen die controversieel waren of niet aansloten op de normen en waarden van de beroepsgroep worden minder goed opgevolgd.

De mate waarin de richtlijn wetenschappelijk onderbouwd kon worden, bleek ook een belangrijke factor, maar deze had een minder grote invloed op de adherentiegraad dan bovengenoemde factoren. De adherentie was verder beduidend lager indien de richtlijn niet aansloot bij de dagelijkse routine en praktijkvoering, nieuwe vaardigheden vereiste of gevolgen had voor het management van de instelling.

Een andere belangrijke factor die het opvolgen van richtlijnen kan beïnvloeden, is het bestaan van alternatieve richtlijnen (Cabana e.a. 1999). De interpretatie van de 'evidence' is vaak allerminst eenduidig en dit kan tot tegengestelde adviezen leiden (Burgers & Van Everdingen 2004). In ons land deed een dergelijke situatie zich bijvoorbeeld voor bij de plaatsbepaling van tricyclische antidepressiva in het behandelalgoritme van de depressieve stoornis in de eerste versie van de NHG-standaard Depressie en de Multidisciplinaire richtlijn Depressieve Stoornissen van het CBO.

De meeste van de genoemde factoren kunnen worden ondervangen door tijdens de ontwikkeling van de richtlijn vast te houden aan de AGREE-criteria (Van Everdingen e.a. 2004). Dat is belangrijk omdat tekortkomingen die tijdens deze fase ontstaan, achteraf vaak niet meer rechtgezet kunnen worden.

Factoren die samenhangen met de wetenschappelijke beroepsvereniging De wetenschappelijke beroepsvereniging zal in het algemeen initiatiefnemer of opdrachtgever van de richtlijn zijn. Zij is ook de meest aangewezen instantie om, in samenspraak met de richtlijncommissie, zorg te

dragen voor disseminatie van de richtlijn onder haar leden en het organiseren van na- en bijscholing op het betreffende terrein. Toch blijkt uit inventarisaties dat de disseminatie van richtlijnen vaak tekortschiet. Uit een meta-analyse in de Verenigde Staten bleek dat artsen gemiddeld van slechts 46% van de voor hun beroepsgroep geldende richtlijnen op de hoogte waren (Cabana e.a. 1999). Dit percentage varieerde van 16 tot 99 en was sterk afhankelijk van het onderwerp van de richtlijn. Overigens houdt bekendheid met het bestaan van een richtlijn niet tegelijkertijd ook bekendheid met de inhoud van de richtlijn in. In hetzelfde onderzoek bleek dat wanneer artsen aangaven weet te hebben van het bestaan van een richtlijn, meer dan 10% niet op de hoogte was van de aanbevelingen uit deze richtlijn (Cabana e.a. 1999).

Hoe deze situatie in Nederland is, is niet bekend, maar duidelijk is dat hier een belangrijke taak is weggelegd voor de beroepsvereniging. Een formele autorisatieprocedure binnen de vereniging kan bijdragen aan het verhogen van de status van richtlijnen, als onderdeel van de professionele standaard (Hukkelhoven e.a. 2006). In een schriftelijke enquête onder bijna 2000 medisch specialisten in Nederland gaf meer dan de helft aan specifieke landelijke richtlijnen te kennen. De meeste specialisten gaven daarnaast aan dat zij een voorkeur hadden voor het ontvangen van door de eigen beroepsvereniging goedgekeurde richtlijnen via deze eigen vereniging. Ook voor interactieve vormen van verspreiding van de richtlijn werd de voorkeur gegeven aan de eigen wetenschappelijke beroepsvereniging (Van Everdingen e.a. 2003).

Factoren die samenhangen met organisatie en financiering van zorg Wanneer de arts bekend is met het bestaan en met de inhoud van een richtlijn, kunnen externe factoren het moeilijk of onmogelijk maken om een richtlijn te volgen. Het kan zijn dat de gangbare werkwijze binnen de instelling of de door de organisatie opgelegde productiedruk maakt dat de beschikbare tijd per patiënt te gering is om volgens de richtlijn te

werken. In dat geval zullen de behandelaren hun praktijk anders moeten inrichten of moeten zij hierover met het management in gesprek gaan. Daarnaast kunnen er financiële barrières zijn, bijvoorbeeld indien navolging van de richtlijn extra verrichtingen inhoudt of het voorschrijven van dure medicijnen. Problemen kunnen ook ontstaan wanneer een aanbevolen behandeling niet vergoed wordt (Cabana e.a. 1999).

Een organisatie kan behalve remmend ook faciliterend werken waar het gaat om de toepassing van een richtlijn. De adherentie aan een richtlijn kan toenemen indien de organisatie een infrastructuur creëert voor individuele feedback aan behandelaars over hun handelen (Hysong e.a. 2006). Computerfeedback (bijvoorbeeld over voorschrijfgedrag) is effectief gebleken (Grol & Grimshaw 2003). Wel lijkt het effect van feedback af te nemen wanneer deze gestopt wordt, zodat continuïteit een voorwaarde is.

Belangrijk is dat het management van de instelling of afdeling waar de behandelaar werkt, affiniteit heeft met professionele richtlijnen en deze als uitgangspunt neemt voor de organisatie van de zorg (Sheldon e.a. 2004). Kwaliteitsbeleid binnen instellingen moet erop gericht zijn om het gebruik van richtlijnen te bevorderen. Hiervoor zou idealiter een infrastructuur ontwikkeld moeten worden, waarbij zowel op organisatieniveau als op individueel niveau inzicht en feedback gegeven kunnen worden. Hierbij werkt positieve aandacht voor kwaliteit beter dan een afrekencultuur (Hysong e.a. 2006).

Factoren die samenhangen met de behandelend professional Wat betreft de aan de behandelaar gerelateerde factoren werd reeds genoemd de onbekendheid met het bestaan en de inhoud van richtlijnen. Andere belangrijke factoren waren weerstand tegen richtlijnen in het algemeen, gebrek aan vertrouwen in een specifieke richtlijn of verschil van mening met de geformuleerde aanbevelingen. Deze factoren verklaarden naar schatting 10% van het afwijken van de richtlijn (Cabana e.a. 1999).

Weerstand tegen richtlijnen in het algemeen is een attitudeprobleem, waarvoor binnen organisaties en in intervisie aandacht moet zijn. Uit een enquête onder 131 artsen, van wie de helft medisch specialist was, bleek dat 66% soms en 10% vaak weerstand voelde tegen landelijke multidisciplinaire richtlijnen (Van Everdingen 2003). Deze weerstand was ten dele het gevolg van organisatorische en financiële beperkingen, waaronder ook onvoldoende medewerking van directies omdat de richtlijn niet als beroepseigen werd ervaren. Daarnaast speelden ook persoonlijke aspecten een rol, waaronder gebrek aan tijd of faciliteiten, de complexiteit van zorg en frustraties in de samenwerking tussen de verschillende echelons.

Op grond van een onderzoek onder 25 A-opleiders psychiatrie werden een 'emotionele', een 'gemengde' en een 'rationele' groep onderscheiden (Van Daalen & Hondius 1996). De emotionele groep (3 respondenten) stond zeer negatief tegenover protocollen, de gemengde groep (16 respondenten) zag zowel de voor- als de nadelen en de rationele groep (6 respondenten) zag het gebruik van protocollen als een proces en niet als een doel op zich.

Mogelijk kan betere voorlichting vanuit de beroepsvereniging, instelling of door collega's (opinieleiders) een deel van de bezwaren wegnemen. Het gaat hierbij vaak om de perceptie van verminderde professionele autonomie, maar ook weerstand tegen verandering in het algemeen kan een rol spelen. In de arts-patiëntverhouding hoort de kwaliteit van zorg het leidende principe te zijn, en deze mag niet lijden onder persoonlijke overtuigingen van de behandelaar. Bovendien is de professionele autonomie niet feitelijk beperkt: van een richtlijn kan beargumenteerd afgeweken worden, en dit moet zelfs als dit ten voordele van de patiënt is (Van Everdingen e.a. 2004).

Gebrek aan vertrouwen in een specifieke richtlijn kan te maken hebben met een gebrek aan vertrouwen in de richtlijncommissie, of met het feit dat geformuleerde adviezen verder strekken dan wetenschappelijk onderbouwd kan worden. Dergelijke factoren moeten reeds bij de voorbereiding

en het opstellen van de richtlijn in ogenschouwen genomen worden, waarbij het AGREE-instrument een hulpmiddel kan zijn.

Factoren die samenhangen met de patiënt Bij elke behandeling geldt dat toestemming van de patiënt vereist is. Soms lukt het niet de patiënt te overtuigen van het nut van een behandeling volgens de richtlijn. In dat geval moet uitgeweken worden naar een alternatieve behandeling waartegen de patiënt geen bezwaar heeft. Wanneer de media en patiëntenverenigingen op een positieve manier aandacht aan richtlijnen besteden, kan het bewustzijn op dit punt bij patiënten vergroot worden. Daardoor zullen zij eerder bereid zijn om een behandeling te ondergaan conform de richtlijn indien hun arts dit adviseert.

Steeds vaker bieden richtlijnen diverse opties voor behandeling aan, zodat de patiënt kan kiezen. Bij de multidisciplinaire richtlijnen over angststoornissen en depressie kan bijvoorbeeld gekozen worden tussen medicamenteuze behandeling, cognitieve gedragstherapie of een combinatie van beide. De arts heeft de taak de patiënt zo neutraal mogelijk in te lichten over de mogelijkheden en ondersteuning te bieden bij het nemen van een beslissing (*shared decision-making*).

CONCLUSIE

Richtlijnen kunnen de kwaliteit van zorg verbeteren, maar de invloed op de dagelijkse medische praktijk is beperkt en varieert sterk per individuele professional. Meer aandacht voor implementatie kan de adherentie aan richtlijnen in het algemeen bevorderen. Reeds vóór en tijdens het opstellen van een richtlijn dient men na te denken over de implementatie ervan. Gebreken in de opstellingsfase kunnen achteraf vaak niet meer worden rechtgezet. De organisatie en het management van de instelling of afdeling moeten de professionele richtlijnen respecteren en het gebruik ervan faciliteren. Artsen zullen moeten wennen aan de richtlijnen als leidraad bij het klinisch handelen, en zij moeten inzien dat de professionele

autonomie door richtlijnen op zichzelf niet bedreigd wordt. Ook patiënten zullen bewust gemaakt moeten worden van de voordelen van diagnostiek en behandeling volgens evidence-based richtlijnen. Dit alles vergt een voortdurende en intensieve investering van de overheid, de beroepsvereniging, de werkgever en uiteraard van de individuele professional zelf.

Voor een effectieve implementatie moet men op meerdere terreinen initiatieven ontplooien om de doelgroep te helpen bij het kennisnemen en het accepteren van de richtlijn. Door het gebruik van de richtlijn in de praktijk systematisch te evalueren wordt inzicht verschaft in zowel de toepassing als de toepasbaarheid van de richtlijn. De implementatie zal verbeteren wanneer richtlijnen gepaard gaan met een set van kwaliteitsindicatoren, waarmee men het gebruik van de richtlijn in de praktijk kan meten. Richtlijnontwikkeling staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van een kwaliteitscirkel, waarin ook de implementatie en de evaluatie een belangrijke rol hebben (Burgers & Grol 2006).

LITERATUUR

- Balkom, A.J.L.M. van, & Oosterbaan, D.B. (2008). Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 323-328.
- Braspenning, J.C.C., Schellevis, F.G., & Grol, R.P.T.M. (Red.). (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK.
- Burgers, J.S., & Van Everdingen, J.J.E. (2004). Beyond the evidence in clinical guidelines. *Lancet*, 364, 392-393.
- Burgers, J.S., & Grol, R.P.T.M. (2006). Richtlijnen als hulpmiddel bij de verbetering van zorg. In R.P.T.M. Grol & M.J.P. Wensing (Red.). *Implementatie* (3de druk). Maarssen: Reed Business.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., e.a. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *Journal of the American Medical Association*, 282, 1458-1465.
- Daalen, E. van, & Hondius, A.J.K. (1996). Het gebruik van protocollen in de psychiatrie: zorg dat je erbij blijft! *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 291-300.
- Everdingen, J.J.E. van, (2003). Een hoop gedoe, maar wel de moeite

- waard. Oordelen van artsen over richtlijnen. *Medisch Contact*, 58, 473-476.
- Everdingen, J.J.E. van, Moking, H.G.A., Klazinga, N.S., e.a. (2003). De bekendheid en verspreiding van CBO-richtlijnen onder de medisch specialisten. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 81, 468-472.
- Everdingen, J.J.E. van, Burgers, J.S. Assendelft, W.J.J., (Red). (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 39 (suppl. 2), II46-54.
- Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., e. a. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence the use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, 317, 858-861.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
- Hukkelhoven, C.W.P.M., Burgers, J.S., van Everdingen, J.J.E., e.a. (2006). Autorisatie van evidence-based richtlijnen: inventarisatie van procedures bij medisch specialisten. *Medisch Contact*, 61, 1548-1551.
- Hysong, S.J., Best, R.G., & Pugh, J.A. (2006). Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: making feedback actionable. *Implementation Science*, 1, 9.
- Lomas, J., Anderson, G.M., Domnick-Pierre, K., e. a. (1989). Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *The New England Journal of Medicine*, 321, 1306-1311.
- Sheldon, T.A., Cullum, N., Dawson, D., e.a.. (2004). What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients notes, and interviews. *BMJ*, 329, 999-1006.
- Swinkels, J.A., & Van Everdingen, J.J.E. (2008). De geschiedenis van evidence-based psychiatrie en richtlijnontwikkeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 317-322.

AUTEURS

A.F.G. LEENTJENS is als psychiater verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

J.S. BURGERS is huisarts en programmaleider Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht.

Correspondentieadres: dr. A.F.G. Leentjens, afdeling Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

E-mail: a.leentjens@np.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-11-2007.

SUMMARY

What factors are important for the successful implementation of guidelines? – A.F.G. Leentjens, J.S. Burgers –

BACKGROUND The influence of a guideline on clinical practice depends on the extent to which the recommendations in the guideline are acted upon (degree of adherence).

AIM To assess the degree of adherence to recommendations in evidence-based guidelines and to discuss factors that influence adherence.

METHOD Review of the literature.

RESULTS In several studies the average degree of adherence to recommendations in guidelines was no higher than 60 to 70%, but the percentage differed markedly, depending on the particular guidelines and the individual professionals involved. The degree of adherence was influenced by a large number of factors; these were connected with the guideline itself, the efforts made by the professional organisations, the organisation of care and institutional management, the individual professional, and the patient. The implementation of a guideline actually begins before and during the formulation of the guideline. Mistakes made in the preparatory phase can have a negative effect on adherence and often it may no longer be possible to correct these mistakes at a later stage.

CONCLUSION If the implementation is to be successful, numerous strategies have to be adopted along the way; for instance, the target-group has to be made aware of the guideline and be encouraged to accept it. Guideline development is not an aim in itself, but should be seen as part of a quality circle in which implementation and evaluation also play an important role.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 329-335]

KEY WORDS adherence, guideline development, implementation