



---

## Notulen

### Notulen focusgroep veldraadpleging Care d.d. 9 november 2009

---

#### Aanwezig

Noortje Sax (NVvP), Patriek Mistiaen (NIVEL), Harriët van Wetten (Trimbos), Marjolein van Vliet (Vilans), Marion Kersten (VGN), Christina Woudhuizen (Sting), Rianne Altena (V&VN), Gerda Holleman (LEVv), Guus Verhoef (GGZ NL), Inge van der Stelt (Verenso), Else Poot (LEVv) (gespreksleider), Judith van den Berg (flappen), Marieke Plas (notulen)

#### Afwezig

Gerrit Ouwersloot m.k. (NIP), Lex Goudswaard z.k. (NHG), Jan Swinkels z.k. (CBO), mw. van Lier (Actiz) m.k., Frans Ewals (NVAVG) m.k.

#### *Introductie en toelichting*

Ieder stelt zichzelf kort voor en er wordt een toelichting op het project gegeven.

- 5 Naar aanleiding hiervan de vraag gesteld wat het doel is van deze bijeenkomst en wat er vervolgens met de resultaten gebeurt. Als antwoord daarop geeft Else Poot (EP) aan dat de Regieraad wil weten welke knelpunten er in de verschillende sectoren bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen worden ervaren.
- 10 Aangegeven wordt dat richtlijnen niet het hele spectrum van de kwaliteit van zorg omvat. Er zijn binnen de Care meerdere methoden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze bredere context wordt in deze veldraadpleging gemist.
- 15 Omdat ook de regieraad zich niet alleen wil richten op richtlijnen is de naam veranderd van regieraad richtlijnen in regieraad kwaliteit van zorg. De vraag rijst of we in deze bijeenkomst ook het bredere spectrum moeten meenemen. Ook wordt gevraagd waarom juist deze deelnemers zijn gekozen. De vertegenwoordigers van organisaties die dit project uitvoeren hebben de organisaties gekozen die zich primair met richtlijnontwikkeling- en implementatie bezig houden. Andere organisaties zijn met schriftelijke vragenlijsten benaderd. Hierop wordt aangegeven dat de volgende

partijen worden gemist tijdens deze bijeenkomst: NVAVG, NIP, NVO, NHG, CBO, Phorza.

5 De eerste vraag 'wat zijn de belangrijkste knelpunten in de zorg?' is erg breed. De knelpunten kunnen op verschillende niveaus liggen; ze kunnen bijvoorbeeld inhoudelijk of organisatorisch zijn. Daarom wordt besloten te starten met de vraag 'wat zijn de knelpunten bij de ontwikkeling van richtlijnen' en vervolgens verder te gaan met de knelpunten bij de implementatie van richtlijnen.

10 Er wordt een toelichting op de werkwijze gegeven. Er worden notulen gemaakt en de knelpunten worden direct meegeschreven op de flappen (zie bijlage). Er loopt tevens een bandje mee.

#### *Knelpunten bij richtlijnontwikkeling*

15 Als eerste knelpunt wordt het ontbreken van voldoende budget genoemd. Vanuit de NVvP wordt aangegeven dat het budget voor het ontwikkelen van een richtlijn zeer mager is. In het buitenland wordt vaak het tienvoudige gerekend voor het ontwikkelen van een richtlijn.

20 Een ander knelpunt is dat bij het aanvragen van subsidie voor een richtlijn bij bijvoorbeeld ZonMW aan heel veel voorwaarden voldaan moet zijn, wil je voor subsidie in aanmerking komen. Vaak zijn die voorwaarden helemaal niet relevant voor de Care, waardoor er geen subsidie kan worden verkregen.

25 Bij de ontwikkeling van richtlijnen in de Care is het vaak moeilijk om een specifieke vraag te formuleren. Er is vaak sprake van complexe problemen en comorbiditeit, polyfarmacie met bijwerkingen en interacties. Ook zijn de medicijnen voor een bepaalde aandoening vaak niet uitgetest op doelgroepen in de Care. Dit vraagt vaak veel meer tijd dan in de Cure, waar de vragen veel makkelijker af te bakenen zijn en alles nauwkeuriger te onderzoeken is.

30 Het grote verschil tussen de Care en de Cure, is dat er in de Care gefocust wordt op de kwaliteit van leven en in de Cure op het beter maken van patiënten. De Care heeft hiermee een bredere focus; er wordt evenzo naar de gevolgen van een aandoening gekeken dan naar de aandoening zelf.

35 Ook is er vaak minder bewijskracht voor aanbevelingen in de Care. Als er al onderzoek gedaan is, is dit vaak van matige kwaliteit. Er moet daarom meer tijd beschikbaar zijn om (goed) onderzoek boven tafel te krijgen en het gedachtegoed van Van Yperen over praktijkgestuurd effectonderzoek (over de jeugdzorg) zou meegenomen moeten worden...

Een knelpunt bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen is de mate van bewijskracht in discussie met andere disciplines. Doordat de disciplines in de care vaak minder bewijskracht hebben, wordt de eigen beroepsgroep vaak niet meer herkend in de uiteindelijke richtlijn. Onderwerpen waar veel onderzoek naar gedaan is, krijgen  
5 meer aandacht in de richtlijnen. Een richtlijn moet ook niet gezien worden als een document waar alles in staat; dit is ook wel een beperking van richtlijnen. De focus ligt op evidence, de rest komt moeilijk tot niet in de richtlijn. Er wordt ook altijd begonnen met een knelpuntenanalyse en een prioritering daarvan.

10 Richtlijnen worden vaak als doel in plaats van middel gezien, als de ideale vorm van zorg. Verzekeraars gebruiken ze als richtlijn voor minimale zorg. De praktische haalbaarheid van de toepassing van de richtlijnen is echter vaak lastig.

Richtlijnen zouden levend gehouden moeten worden. Het kost vaak veel tijd en allerlei  
15 procedures om een richtlijn te herzien. Het zou veel beter zijn als er een systeem van richtlijnontwikkeling zou zijn waar de herziening van de richtlijn is ingebouwd. Ook de commissie die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van de richtlijn zou hiervoor levend moeten worden gehouden. Wel moet daarbij ook de implementatie in de gaten gehouden worden.

20 Een knelpunt bij het up-to-date houden van richtlijnen is dat niemand zich hier verantwoordelijk voor voelt; niemand voelt zich eigenaar van de richtlijn. Over de hele cyclus van richtlijnontwikkeling is regie nodig. Ook het gebruik en de ervaringen met het gebruik van de richtlijn moeten hierin meegenomen worden. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij de Doorbraak-methodiek. Het is echter nog lang niet standaard.

25 De definitieve richtlijnen moeten vertaald worden naar de betekenis voor de verschillende beroepsgroepen. Het zou goed zijn als per beroepsgroep aanbevelingen worden gedaan. Ook zouden in de richtlijnen de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines kunnen worden omschreven.

30 Hoewel aanbevelingen veel concreter kunnen worden geformuleerd, moet er voor gewaakt worden dat het hele zorgproces niet dichtgetimmerd wordt. Het gaat er echter om dat er geen verschil in interpretatie kan ontstaan. Dit zou ook kunnen worden meegenomen in de vertaling van de richtlijn naar de verschillende  
35 beroepsgroepen.

Er is echter geen geld beschikbaar om van multidisciplinaire richtlijnen handreikingen per beroepsgroep te maken. Dit is bovendien niet efficiënt. De richtlijnen zouden concreter moeten worden opgeleverd. Dit geldt overigens ook voor monodisciplinaire richtlijnen. Er is bijvoorbeeld een richtlijn kinderwens bij verstandelijk beperkten van

de artsen. Voor de andere betrokken beroepsgroepen is er (nog) geen richtlijn met dit thema.

5 De verschillende professionals spreken ook een andere taal. De richtlijn 'geestelijke gezondheid voor verstandelijk gehandicapten' is bijvoorbeeld door psychiaters opgesteld. Deze richtlijn is moeilijk toepasbaar voor andere beroepsgroepen, omdat zij andere terminologie gebruiken.

10 Bij de aanvraag van subsidie voor de ontwikkeling van een richtlijn wordt veelal begonnen met een beknopte knelpuntenanalyse, ter onderbouwing van de noodzaak tot het ontwikkelen van de richtlijn. Als de aanvraag goedgekeurd is, wordt vervolgens begonnen met een uitgebreide knelpuntenanalyse waar soms hele andere punten uit naar voren komen dan bij de voorafgaande analyse. Hierdoor ontstaan vaak andere wensen met betrekken tot het ontwikkelen van een bepaalde richtlijn. Het zou goed  
15 zijn als je gefaseerd subsidie zou kunnen aanvragen; eerst voor knelpuntenanalyse en vervolgens voor de ontwikkeling van de richtlijn op basis van de resultaten van de vorige fase.

20 Een ander knelpunt betreft de diagnosestelling in met name de GGZ. Het is vaak moeilijk om een specifieke diagnose te geven. Je kan echter pas een richtlijn toepassen als de diagnose gesteld is. Dit probleem is vergelijkbaar met de toepassing van DBC's. Je kan pas een DBC openen na de diagnose. Jeugdigen in de psychiatrie krijgen echter vaak een voorlopige diagnose. Dit is echter meer een probleem voor de toepassing van de richtlijn, dan voor de ontwikkeling. Het draagvlak voor richtlijnen  
25 neemt hierdoor echter wel af.

Ook het opstellen van uitgangsvragen voor de ontwikkeling van de richtlijn levert knelpunten op. Hoewel je je moet beperken tot een paar uitgangsvragen kun je de vragen zo breed stellen als je maar wilt. De prioritering hierbij is lastig. Er zijn  
30 verschillende belangen in het spel. Zorgverleners kijken anders naar richtlijnen dan zorgverzekeraars. Deze laatste groep wil een kostenplaatje zien. Het is daarbij de vraag of aanbevelingen kosteneffectief zijn of niet. Hier is echter niet altijd onderzoek naar gedaan.

35 Tevens is het lastig om het patiëntenperspectief op te nemen in de ontwikkeling van de richtlijn. Het lukt vaak niet om patiënten te betrekken; de middelen bij de patiëntengremia ontbreken hiervoor.

Bij de overige overwegingen wil iedereen er heel veel bij halen. Dit wordt versterkt door het ontbreken van (kwalitatief goede) onderbouwing. Bij de conclusies ontstaat

vaak een lange lijst van overige overwegingen door een gebrek aan evidence. Er ontbreekt een systematische aanpak van het formuleren van overig overwegingen.

#### *Knelpunten bij implementatie*

5 Het is betrekkelijk nieuw om een implementatieplan op te stellen bij de richtlijn. Ook zijn er grotere en bredere richtlijnen door het gebruik door de verschillende beroepsgroepen. Vroeger werd de richtlijn geautoriseerd en dat was het. Richtlijnen zijn eigenlijk halffabrikaten die moeten worden vertaald naar leesbare aanbevelingen voor de praktijk. Dit kan op verschillende niveaus: op het niveau van de  
10 beroepsgroepen en van de instellingen.

Er zijn randvoorwaarden nodig voor implementatie. Een van die randvoorwaarden is een infrastructuur. Daarbij wordt het onderwijs nogal eens vergeten. Al in het richtlijnontwikkeltraject zouden belangrijke actoren betrokken moeten worden, zoals  
15 managers van instellingen en wellicht ook zorgverzekeraars. Het betrekken van zorgverzekeraars is echter niet altijd gewenst. Door hen erbij te betrekken bestaat er gevaar voor oneigenlijk gebruik van de richtlijnen. In plaats van intrinsieke factoren om met de richtlijnen te werken wordt dan ingezet op extrinsieke factoren. Soms is dat echter wel het enige wat helpt om volgens de richtlijn te werken.

20 Om de implementatie van richtlijnen te borgen moet ook iemand van hogerhand, bijvoorbeeld een directielid, hiervoor verantwoordelijk zijn.

Een knelpunt kan ook liggen in de relatie tussen de werkgroepleden van de richtlijnen en de professionals die met de richtlijn moeten gaan werken. Als die relatie verstoord  
25 is, zal de richtlijn niet gebruikt worden. Dit bleek uit een onderzoek van TNO naar het gebruik van KNGF-richtlijnen onder fysiotherapeuten.

Er blijkt een verschil te zijn in implementatie tussen monodisciplinaire richtlijnen en multidisciplinaire richtlijnen. Bij monodisciplinaire richtlijnen kan gebruik worden  
30 gemaakt van de bestaande infrastructuur. Bij multidisciplinaire richtlijnen is de implementatie afhankelijk van hoe concreet de aanbevelingen zijn opgesteld. Als de verschillende beroepsgroepen makkelijk herkenbaar zijn in de richtlijn, werkt dat implementatiebevorderend. Ook is de implementatie afhankelijk van de grootte van de richtlijn en de taal.

35 Ook bij monodisciplinaire richtlijnen kan de taal een struikelblok vormen. Richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden slaan vaak niet aan omdat er niet wordt aangesloten bij de leerstijl van deze beroepsgroep.

De manier van aanbieden van de richtlijn speelt een belangrijke rol bij de implementatie. Richtlijnen worden vaak niet volledig gelezen. Het is daarom belangrijk om praktijkinstrumenten te ontwikkelen bij de richtlijn. Hier is echter geen geld voor. Daarbij dien je er echter ook voor te waken dat er niet teveel waardevolle informatie verloren gaat bij het ontwikkelen van een praktijkinstrument.

Het is onbekend in hoeverre de richtlijnen in de Care geïmplementeerd zijn. Hier zou gedegen onderzoek naar moeten worden gedaan. Daarbij zou gebruik gemaakt kunnen worden van indicatoren. Vaak zijn aanbevelingen echter niet uit te drukken in indicatoren.

Om de implementatie bij verpleegkundigen en verzorgenden goed te laten verlopen moet er de mogelijkheid zijn om over de richtlijn te kunnen praten. Bestuurders moeten ook inzien dat implementeren tijd kost. Te vaak wordt gedacht dat een richtlijn binnen een week wordt geïmplementeerd. Men heeft dan niet door dat het om structurele gedragsverandering gaat. Omdat professionals steeds meer worden afgerekend op hun declarabiliteit en met zorgzwaartepakketten moeten werken blijft er nauwelijks tot geen tijd over voor implementatie.

Ook is het niet duidelijk wat effectieve implementatiestrategieën zijn, bij verpleegkundigen en verzorgenden maar ook bij de andere beroepsgroepen. Hiervoor is een business case nodig. Het is belangrijk dat men inziet dat er een probleem is dat met de invoering van de richtlijn kan worden opgelost. Met behulp van metingen kan dit probleem zichtbaar worden gemaakt. Dit zou ook een onderdeel moeten zijn van de vertaling van de richtlijnen. De metingen zouden op teamniveau gebruikt moeten worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren en nadrukkelijk niet om verantwoording af te leggen.

Vaak blijkt echter dat het meten niet volgehouden wordt; het kost teveel tijd. Het levert wel veel op en inspireert om met verbeteringen aan de slag te gaan als metingen regelmatig terugkomen. Mogelijk kan dit gebruikt worden bij de registratie en herregistratie in het kwaliteitsregister.

De borging verschilt sterk per beroepsgroep. De Cure leunt bijvoorbeeld veel sterker op richtlijnen. Daarom zijn de standaarden van de huisartsen, ingebed in de ICT, zo succesvol. Bij de Care ligt dit anders.

Het is zinvol om een contextanalyse uit te voeren, waarin wordt onderzocht wat beïnvloedende factoren zijn bij de implementatie van veranderingen. Dit kost echter

wel veel tijd. Daarom wordt het vaak niet als meerwaarde gezien. Dit is afhankelijk van wie het traject aanstuurt. Er is een grote diversiteit in de aansturing. Het is daarbij de vraag wie zich verantwoordelijk voelt voor de implementatie van de richtlijn.

- 5 Ook voelen professionals zich vaak geen probleemeigenaar. Men heeft dan geen open, kritische blik. Veel gebeurt op de automatische piloot en er wordt om problemen heen gelopen. Het gevoel van urgentie ontbreekt. Het moet duidelijk zijn dat fouten gebruikt kunnen worden voor reflectie in plaats van 'shaming en blaming'.
- 10 Er komen op dit moment veel vernieuwingen af op verpleegkundigen en verzorgenden. Men moet een omslag maken van zorg naar welzijn. Daardoor is er ook te weinig aandacht voor borgen. Vaak is ook niet duidelijk wat onder borgen wordt verstaan.
- 15 Er zou een lijstje moeten komen aanbevelingen voor onderzoek. De ervaringen met implementatie zouden zichtbaar gemaakt moeten worden. Er zou meer aandacht moeten zijn voor onderzoeksactiviteiten op dit terrein. Het is belangrijk om boven tafel te krijgen wat er is. Daarbij is het helaas zo dat er veel onderzoek is, maar dat het niet allemaal evidence based onderzoek is. Veel onderzoek komt hierdoor niet in de
- 20 praktijk terecht. Om echt te weten wat effectief is, zijn echter RCT's nodig, als je alleen wil weten wat prettig is, is een RCT niet nodig.

#### *Rol van de Regieraad*

- Hopelijk wordt de blik van de Regieraad verruimd en worden meerdere paden
- 25 bewandeld om de kwaliteit van zorg te bevorderen. De transfer van kennis naar de werkvloer moet een aandachtspunt zijn voor de Regieraad. Daarnaast kan de Regieraad een rol spelen bij het levend houden van de richtlijnen, waarbij een continu proces in al zijn facetten wordt gewaarborgd. De regieraad moet geen nieuwe ZonMw worden; de bureaucratie moet teruggebracht worden, evenals de hoeveelheid
- 30 papierwerk. De regieraad zou de sector raad moeten geven en faciliteren. Daarbij kan de regieraad kijken naar het budget en bijsturen. Verder zou de Regieraad aandacht moeten geven aan de 'eigenheid' van de Care.

#### *Knelpunten bijwerken*

- 35 Het is niet nodig om de knelpunten regelmatig bij te werken; de genoemde knelpunten liggen al jaren op tafel. Het is nu belangrijk dat er een evaluatieonderzoek komt naar de implementatie van de richtlijnen. De kloof tussen richtlijnen en praktijk moet hiermee zichtbaar gemaakt worden.

### *Ten slotte*

Dit verslag van de veldraadpleging zal ook worden toegezonden aan belangrijke partijen die niet aanwezig waren voor noodzakelijke aanvullingen.

### *Nagekomen reactie van VGN (Marion Kersten)*

Op dit moment loopt er een onderzoek bij het NIVEL (i.o.v. IGZ) naar richtlijngebruik door directe begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Anke de Veer is projectleider. Het is van groot belang hiermee te koppelen!

### *Nagekomen reacties op de notulen van organisaties die niet aanwezig waren*

#### NIP (Irma Höfte)

Algemeen: De notulen van de focusgroep Care zijn door onze commissie richtlijnenbeleid van commentaar voorzien. In het algemeen zijn de knelpunten zeer herkenbaar.

#### Ad p.2 r.13-16

In globale zin onderschrijven wij deze opmerking. Wel zou het aanbeveling verdienen om meer inzichtelijk te maken hoe de financieringsstroom rondom een richtlijn is: om hoeveel geld het gaat in de verschillende fasen van ontwikkeling en implementatie, wie dat geld kan en mag beheren, enz.

#### Ad p.2 r.17-20

De ZonMw procedure leidt tot energieverlies, verlies aan inspiratie en betrokkenheid, frustratie bij degenen die een afgewezen voorstel indienen

#### Ad p.3 r.1-5

De inperkende functie van de uitgangsvragen bij de richtlijnen wordt in de praktijk ook wel onderschat. De richtlijn geeft geen handvat voor de totale zorg rondom een ziektebeeld of probleem.

#### Ad p.3 r.31-35

Doel van ontwikkelen van een richtlijn is verschoven: van hulpmiddel om wetenschappelijke kennis, vooral over controversiële onderwerpen, meer toegankelijk te maken voor behandelaars naar een algemene beschrijving van het zorgproces voor alle betrokken disciplines

#### Ad p.3 r.38 – p.4 r.2

Dit hoeft geen probleem te zijn. Mono-disciplinaire richtlijnen zijn door en voor een discipline ontwikkeld en dus niet voor andere beroepsgroepen. Het is ook niet nodig dat alle beroepsgroepen over dezelfde onderwerpen een richtlijn ontwikkelen.

#### Ad p.4 r.9



Voor zover het hier gaat om ZonMw: ZonMw bepaalt van welke onderwerpen wel of geen richtlijnen wordt gemaakt. Het zou beter zijn als de agenda voor richtlijnontwikkeling ook bij de uitvoerende professionals ligt.

Ad p.4 r.19-25

Dit zou ook een probleem voor de ontwikkeling van richtlijnen moeten zijn: het toont wederom de beperktheid van richtlijnen aan als ze diagnosegebonden ontwikkeld worden.

Ad p.4 r.19-25

Vaak is er sprake van comorbiditeit: verschillende diagnoses al dan niet op de vijf verschillende assen van de DSM-IV

Ad p.4 r.38 – p.5 r.3

Belangrijk knelpunt bij de ontwikkeling: er wordt voor de ontwikkeling van richtlijnen een beroep gedaan op de vrijwillige inzet van professionals die deze richtlijnontwikkeling om niet in hun vrije tijd moeten doen. De kwaliteit van het werk van deze professionals is een onzekere factor evenals de hoeveelheid tijd die zij daadwerkelijk aan het werk kunnen besteden. Het meewerken aan een richtlijn wordt in verschillende beroepsgroepen met verschillende status bezien. Voor psychologen levert het geen registratie/ herregistratie / accreditatiepunten op.

Ad p.5 r.23-24

In feite definieert de Kwaliteitswet Zorginstellingen dat de Raden van Bestuur hier een verantwoordelijkheid hebben

Ad p.6 r.12-13

Dat richtlijnen niet zonder meer gebruikt worden is wel bekend. Het lijkt meer aan te bevelen om te zorgen dat richtlijnen die er zijn goed geïmplementeerd worden. Daar is geld voor nodig.

Ad p.6 r.14-15

Het NIP ziet hier een mogelijkheid om een koppeling te maken tussen implementatie van richtlijnen en de monitoring daarvan als onderdeel van een visitatiesysteem.

Ad p.6 r.25-32

De verwarring met het meten op de prestatie-indicatoren zoals ontwikkeld onder auspiciën van Zichtbare Zorg is hier groot. De metingen op deze algemene prestatie-indicatoren kosten al heel veel tijd. We zouden het hier omschreven knelpunt niet m.b.v. metingen inzichtelijk moeten willen maken. Liever bijv. een onderzoek uitgevoerd door een extern bureau.

Ad p.7 r.12-16

Het NIP zou deze omschrijving niet als kenmerkend voor het functioneren van psychologen willen zien.

Ad p.7 r.27-28

Van belang is om naast de systematiek van evidence-based medicine te evalueren wat in de care, resp. de cure, de waarde kan zijn van value-based en practice-based richtlijnen.

Ad p.7 r.31-32

Het NIP hanteert in zijn kwaliteitsportefeuille dan ook meerdere instrumenten: richtlijnenbeleid, prestatie-indicatoren, visitatie, (her-)registratie.

Actiz (Tineke van Sprundel)

Het lijkt een behoorlijk volledig verhaal – vooral als de flapteksten er als bijlage bij blijven.

Uiteraard hechten wij heel erg aan een verbinding met Verantwoorde zorg (kwaliteit van leven visie). Ik lees die b.v. bij het stukje over verschil tussen Care en Cure. Daarom kan de 'evidence' uit de bewijskracht ook best practice based zijn, en heeft de cliënt daar (naast uiteraard de professionals) een heel duidelijke stem in. Dit onderscheid wordt vast een heel cruciaal punt bij indicatoren ontwikkeling voor de care-ketens. Belangrijk om dit verschil met de care goed aan te geven!

NVAVG (Frans Ewals)

Geen reactie op notulen.

## **Bijlage      Uitwerking flappen focusgroep veldraadpleging care**

### *Knelpunten bij richtlijnontwikkeling*

- Geld → budget ontbreekt
- Criteria die niet passen bij het Richtlijnprogramma, veel voorwaarden waar je aan moet voldoen (VGZ)
- Specifieke vraag van de care is anders dan die van de cure. Kost meer tijd, specifieke doelgroep (bijv. ouderenzorg). Meervoudige problematiek (comorbiditeit)
- Polyfarmacie, bijwerkingen medicatie
- Meer problemen binnen deze doelgroepen Gevolgen van de aandoeningen in plaats van oplossen probleem (kwaliteit van leven).
- Gebrek aan evidence
- Matige kwaliteit van de onderzoeken (als het er al is..)
- Herkenbaarheid van eigen handelen: geen concrete aanbevelingen voor bijvoorbeeld verpleegkundigen (door gebrek aan evidence)
- Niet alles in één richtlijn te vangen (is op basis van knelpuntenanalyse)
- Weinig evidence → weinig aandacht in richtlijn
- Richtlijn als doel op zich, niet als middel
- Verzekeraars: niet de oorspronkelijke doelgroep van de richtlijn → zorgt voor normering
- Praktische haalbaarheid → richtlijn met hoogste kwaliteit niet altijd haalbaar.
- Procedures rondom herziening kosten veel tijd. Continue geldstroom nodig, infrastructuur expertgroepen. Levende richtlijnen.
- Eigenaarschap richtlijn → regie wordt gemist (cyclusdenken)
- Kenniscyclus is noodzakelijk
- Aanbevelingen moeten concreter
- Vertaling per beroepsgroep. Geen subsidie voor ontwikkelen handreikingen, soms extra literatuursearch nodig.
- Verschil in taal van de richtlijn voor de diverse beroepsgroepen.
- Niet aandoening gerelateerd richtlijnen; hoe patiënten betrekken (middelen en manier)
- Verschil mono- en multidisciplinaire richtlijnen
- Projectplan al schrijven zonder knelpuntenanalyse.
- Praktijk wil allesomvattende richtlijn, subsidiegever wil alleen dat geprioriteerde knelpunten uitgewerkt worden
- Gebruiker van de richtlijn (als je ook de kosteneffectiviteit meeneemt in de richtlijn kost dat meer tijd en geld (m.n. voor verzekeraars).

- Aantal en grootte van de uitgangsvragen en prioritering (vaak teveel).
- Diagnostiek is lastig (in de GGZ): dan probleem met toepassen richtlijn.
- Overige overwegingen: hoe systematisch vorm te geven? Er is vaak teveel informatie.

#### *Knelpunten bij de implementatie*

- Link met DBC's
- Implementatieplan wordt pas sinds kort gedaan. Vertaalslag naar de praktijk (hulpmiddelen)
- Een richtlijn is een halffabricaat. Vertaling noodzakelijk naar: implementatieklaar, op beroepsgroepniveau en instellingsniveau.
- De samenvatting van de richtlijn: vertaling te beperkt soms (loss of information)
- Bestuurders en management van instellingen: meer betrekken bij implementatieplan → randvoorwaarden, faciliteren (scholing, tijd)
- Nodig: infrastructuur. Er zijn diverse actoren met verschillende belangen: beleid, onderwijs en de praktijk. Al meteen naar kijken bij de ontwikkeling.
- Rol verzekeraars
- Borging van de richtlijn → niet binnen instelling, nu alleen bij professionals
- Draagvlak bij de beroepsgroep: wie zit er in de expertgroep?
- Monodisciplinaire richtlijnen ← → multidisciplinaire richtlijnen. De monodisciplinaire richtlijnen worden makkelijker qua infrastructuur en kwaliteitssysteem. Vaak concrete en herkenbare aanbevelingen.
- Grote documenten
- Taal van de richtlijn, te abstract
- Wijze van aanbieden richtlijn: afstemmen op de beroepsgroep. Middel is erg belangrijk!
- Geld ontbreekt om handreikingen te maken
- Onvoldoende kennis over wat er nu al geïmplementeerd is: onderzoek nodig! Opnemen in kenniscyclus. Koppelen aan prestatie-indicatoren (sturing)
- Op de kaart zetten is belangrijk
- Voorwaarden van EBP: langs welke lat?
- Aandacht voor onderzoek → evidence ontwikkelen gonderzoeksagenda)
- Tijd en uitwisseling is nodig (ervaringen delen): moeten bestuurders inzien.
- Implementatie wordt vaak gezien als verspreiding.. gedragsverandering/cultuuromslag gaat niet zo snel! Onderscheid landelijk- en instellingsniveau (strategisch en tactisch)
- Zorgzwaartepakketten (ZZP): geen tijd voor richtlijnen
- Berekening maken: hoeveel tijd kost het én wat levert het op? Businesscase.

- Weinig onderzoek bekend over effectieve implementatiestrategieën
- Praktijk zelf moet eerst weten dat er een probleem is (geen urgentie)
- Meten is belangrijk → consequenties en vervolg is onduidelijk (worden ze erop afgerekend?). Metingen niet gebruiken ter verantwoording! Meten blijft ook vaak liggen door tijdsgebrek
- Borging van meten is erg belangrijk → verschil per beroepsgroep
- Rol van ICT bij meten
- Contextanalyse: in kaart brengen van bevorderende- en belemmerende factoren bij implementatie (kost nu teveel tijd en wordt niet als meerwaarde gezien)
- Wie is en voelt zich verantwoordelijk? Beroepsgroep? Organisatie? Individuele professional? Veel verschillen.
- Geen open kritische blik bij professionals, geen cultuur van een leven lang leren.
- Meer verschillende strategieën nodig
- Teveel nieuwe ontwikkelingen → te weinig aandacht voor borgen.
- Wat is borgen? Veel verschillende interpretaties.

*Rol van de regieraad (wat wil de focusgroep veldraadpleging de regieraad meegeven?)*

- Ook kijken naar brede opties op het terrein van kwaliteit van zorg: niet alleen naar richtlijnen.
- Levend houden van de richtlijnen
- Procesmatig: continu proces in al zijn facetten.
- Minder bureaucratie. Bijvoorbeeld qua aanvragen voor richtlijnherziening.
- Wat ziet de regieraad zelf als regie? Koers vanuit de veldraadpleging doorgeven. Prioriteren
- Duidelijk aandacht voor de care (eigenheid van de care)
- Bottom up!
- Evaluatie-onderzoek