
Van implementeren naar leren

Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : aanbieding advies 'Van implementeren naar leren'
Uw kenmerk : CSZ/ZT-9819842
Ons kenmerk : U 1669/TS/mj/603-M
Bijlagen : 1
Datum : 20 juli 2000

Mevrouw de minister,

In reactie op uw adviesaanvraag van 4 januari 1999 (kenmerk. CSZ/ZT-9819842) bied ik u, gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde, het advies 'Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg' aan.

De commissie die het advies heeft opgesteld, beziet het implementatievraagstuk in het licht van de doelstelling '*optimaliseren van patiëntenzorg*'. Zij realiseert zich dat daaraan een veelheid van zaken bijdraagt, waaronder wet- en regelgeving voor en financiering van de gezondheidszorg en de inrichting van de opleidingen. De commissie heeft deze beleidsmatige aspecten buiten beschouwing gelaten en zich geconcentreerd op de beroepsuitoefening in de dagelijkse praktijk. Zij verbreedt de analyse van het implementatievraagstuk door er het patiënten- en organisatieperspectief bij te betrekken. Ik zie dit als een interessante aanvulling op de bestaande visie op implementatie, waarin het accent in het algemeen ligt op het doorgeleiden van uitkomsten van *health technology assessment*. Deze aanvullende perspectieven bieden een goed aangrijpingspunt voor de meersporenbenadering van implementatie waarvoor de commissie pleit.

Hoogachtend,

w.g.

prof. dr JA Knottnerus

Van implementeren naar leren

Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg

aan:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2000/18, Den Haag, 20 juli 2000

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad: Van implementeren naar leren; het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Gezondheidsraad: Den Haag, 2000; publicatie nr 2000/18.

Preferred citation:

Health Council of the Netherlands: From implementation to learning: The importance of a two-way dialogue between practice and science in healthcare. Health Council of the Netherlands: The Hague, 2000; publication no. 2000/18.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 90-5549-330-9

Inhoud

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 7

Executive summary 12

1 Inleiding 16

1.1 Van ‘geneeskunst’ naar ‘geneeskunde’ 17

1.2 Begrippen 17

1.3 Adviesaanvraag 19

1.4 Opzet van dit advies 19

2 De stand van de wetenschap 21

2.1 De medische professional wetenschappelijk aangesproken: het volgen van richtlijnen 22

2.2 Andere ondersteuning dan via richtlijnen 26

2.3 Het belang van theoretisch verbreding 28

3 Richtlijnen en de professionele praktijk 30

3.1 Richtlijnen door de tijd heen 30

3.2 Verschillende soorten gegevens 32

3.3 Professionele kennis en kunde 33

3.4 De lerende professional

4	Kwaliteit van zorgprocessen in organisaties	37
4.1	Netwerken	37
4.2	Integraal kwaliteitsmanagement	38
4.3	De lerende organisatie	39

5	De inbreng van de patiënt	43
5.1	De mening van de patiënt	43
5.2	Partnerschap	46

6	Slotbeschouwing	47
---	-----------------	----

	Literatuur	51
--	------------	----

	Bijlagen	57
A	De adviesaanvraag	58
B	De commissie	60

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Bevordering van de wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen en van de zorgverlening in ruimere zin neemt al geruime tijd een prominente plaats in op de agenda van de Nederlandse overheid. Men verwacht veel van *medical technology assessment* (MTA), tegenwoordig ook vaak *health technology assessment* (HTA) genoemd. In dat beleidsdenken past ook de opvatting dat toepassing van de uitkomsten van MTA, steeds vaker vastgelegd in richtlijnen voor het professioneel handelen, de aangewezen weg is om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Deze richtlijnen blijken echter vaak in te traag tempo of in onvoldoende mate de dagelijkse praktijk te beïnvloeden. Daarmee ontstaat de "kloof tussen kennis en praktijk" waarop de Minister van VWS in haar Voortgangsrapportage Medische Technology Assessment van 14 februari 1996 doelt. In een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad vraagt zij de Raad vruchtbare benaderingen aan te geven om deze kloof te overbruggen.

In het voorliggende advies constateert de Gezondheidsraad, bij monde van de daartoe ingestelde commissie, dat de formulering van de adviesaanvraag nauw aansluit bij het huidige beleidsdenken over MTA, waarin met kennis vooral wordt gedoeld op resultaten uit patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek en men voornamelijk in richtlijnen het instrumentarium ziet om nieuw gegenereerde inzichten te bestemder plaatse te brengen. Zonder afbreuk te willen doen aan de waarde van MTA en richtlijnontwikkeling, stelt de commissie vast dat blijkens de literatuur aan deze visie ook beperkingen kleven. De commissie kiest als haar oriëntatiepunt het optimaliseren van de patiëntenzorg. Zij meent dat richtlijnen op basis van MTA-resultaten onmiskenbaar een belangrijke bijdrage aan die

optimalisering leveren, maar dat ook andere zaken van belang zijn voor de kwaliteit van het zorgproces. Zij verbreedt de benadering van het implementatievraagstuk door onderscheid te maken tussen het wetenschappelijke aspect, professionele kennis en kunde en maatschappelijke ontwikkelingen. Laatstbedoelde ontwikkelingen zijn vooral het ontstaan van grotere organisatorische verbanden in de zorgverlening, de groei van de kennis over medische zaken bij patiënten en de wens van patiënten om betrokken te worden bij het formuleren van wat goede zorg is. Via analyse van de wetenschappelijke literatuur over implementatie, en aansluitend bij recente pleidooien voor verbreding van de analyse, geeft de commissie de zojuist genoemde aspecten meer reliëf, door daarbij inzichten uit andere kennisdomeinen dan de geneeskunde te betrekken, zoals sociale wetenschappen en organisatiekunde.

De wetenschappelijke literatuur over implementatie van richtlijnen laat zien dat medische professionals, in vergelijking met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, het verst gevorderd zijn met het ontwikkelen van richtlijnen. De implementatie daarvan is ook het meest systematisch onderzocht. Het beeld is zeer gevarieerd. Sommige artsen blijken aanbevelingen trouw op te volgen, anderen doen het gedeeltelijk of bij tijd en wijle, bij weer anderen vinden richtlijnen nauwelijks navolging. Ervaringen van Nederlandse huisartsen stemmen optimistisch, vooral waar het gaat om aanbevelingen betreffende het achterwege laten van bepaalde interventies. De implementatie van specialistische richtlijnen is in Nederland nog nauwelijks systematisch onderzocht.

Slechts in een beperkt aantal onderzoeken is nagegaan of implementatie van richtlijnen daadwerkelijk gunstig uitpakt voor patiënten. Ook hier heerst een wisselend beeld: soms, maar niet altijd, laat zich een positief effect aantonen.

De belangrijkste conclusie uit het gevarieerde onderzoek is dat vanaf de ontwikkeling tot aan de toepassing van een richtlijn een reeks aspecten is te onderscheiden die ieder hun eigen belemmerende en bevorderende factoren kennen. Een succesvolle doorgeleiding van medisch-wetenschappelijke inzichten moet het dus hebben van een strategisch en efficiënt samenstel van gerichte activiteiten die zijn toegesneden op deze factoren. Gezien de grote heterogeniteit in vormen en omstandigheden van zorgverlening, zal de combinatie steeds een andere dienen te zijn. Er is dus geen simpel en uniform panacee. Niet voor niets bevat de recente literatuur dan ook pleidooien voor een theoretische verbreding bij het zoeken naar passende implementatiestrategieën.

Continuing medical education (CME) — tegenwoordig in de internationale literatuur vaak als *continuing professional development* (CPD) aangeduid — kan het doorgeleiden van wetenschappelijke inzichten in belangrijke mate ondersteunen. Ook hier concludeert men in de literatuur dat een samenstel van activiteiten de meeste kans op succes geeft. Vooral interactieve modaliteiten, waarbij geappelleerd wordt aan de praktijkervaringen van de deelnemende professionals, sorteren effect. De commissie geeft ook aan-

dacht aan de huidige visie op *evidence based medicine* (EBM). EBM wordt tegenwoordig veel ruimer geduid dan bij de opkomst van dit begrip in het begin van de jaren tachtig. Naar de huidige opvattingen gaat het om het toepassen van epidemiologische gegevens met inachtneming van wat professionals zelf aan betekenisvolle overwegingen inbrengen, zoals pathofysiologische kennis, klinische ervaring en voorkeuren van patiënten.

Door verbreding van de benadering van het implementatievraagstuk komt de context waarin het handelen plaatsvindt, de dagelijkse praktijk, nadrukkelijker in beeld. De commissie bespreekt enkele recente theoretische inzichten over professionele kennis en kunde. Daarbij zijn interessante gezichtspunten voor een genuanceerde kijk op de implementatie van richtlijnen. Professionele kennis en kunde kenmerken zich door de vaardigheid objectieve vakkennis toe te kunnen passen in concrete situaties, of anders uitgedrukt: door het vermogen om een vertaalslag te kunnen maken van het generieke naar het specifieke. In het geval van medische professionals komt die vertaalslag neer op het integreren van epidemiologische informatie (al dan niet vervat in richtlijnen), patiëntspecifieke gegevens (inbegrepen geuite voorkeuren) en tal van organisatorische randvoorwaarden. Het gaat dus om heterogene gegevens die de professional orderlijk moet wegen, rangschikken en integreren voor de onderbouwing van zijn klinische beslissing. Waar beschikbaar kan gecodificeerde kennis, bijvoorbeeld neergelegd in richtlijnen, behulpzaam zijn; vaak ook zal de professional praktijkkennis als informatiebron gebruiken. Steeds gaat het om het speuren naar de best mogelijke onderbouwing van klinische beslissingen. De commissie spreekt hier van de 'lerende professional'. Essentieel is dat de 'lerende professional' ook *systematisch* de eigen praktijkgegevens vastlegt en evalueert, en zo een reservoir van praktijkkennis aanlegt dat de van 'buiten komende kennis' uit patiëntgebonden epidemiologisch onderzoek aanvult. Informatietechnologie kan hier waardevolle bijdragen leveren.

Vervolgens signaleert de commissie twee belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen die typerend zijn voor deze tijd en grote invloed hebben op het zorgproces, te weten de ontwikkeling naar grotere organisatorische zorgverbanden door de toenemende vervoeging van zorgpraktijken, en het mondiger en beter geïnformeerd raken van patiënten. Bezien tegen deze achtergrond komt de doorwerking van medisch-wetenschappelijke inzichten ook weer in een iets ander licht te staan.

De commissie stelt vast dat de organisatorische context waarin professionals in de gezondheidszorg tegenwoordig werken, zich kenmerkt door het steeds verder ingebed raken in netwerken. Artsen zijn niet meer uitsluitend belangenbehartiger van de eigen patiënten, maar ook actor temidden van andere actoren. Zo worden zij geconfronteerd met uiteenlopende belangen en opvattingen. Professionele kennis en kunde blijven de belangrijkste richtsnoeren voor het handelen, maar ook sociale vaardigheden en samenwerken

met andere disciplines zijn dan in het geding. Door deze ontwikkeling wordt de proceskant van de zorgverlening meer van betekenis voor de inhoud — en daarmee voor de kwaliteit — van de zorgverlening. Daarmee zijn ook organisatie- en managementconcepten van belang voor de gezondheidszorg. Uitgaande van de gedachte dat professionals in de gezondheidszorg in grote lijnen zijn te vergelijken met die in andere kennisintensieve organisaties, wijst de commissie op een concept dat tegenwoordig in het bedrijfsleven aandacht krijgt: de ‘lerende organisatie’. Het centrale idee in dit concept is dat allen in een organisatie, ieder op het eigen niveau, kennis hebben die de organisatie als geheel ten goede komt. Het is de kerntaak van de leiding van een organisatie de productie, verspreiding en toepassing van die kennis te faciliteren door een klimaat te scheppen waarin de gemobiliseerde kennis systematisch wordt uitgedragen, terwijl ingeslepen gewoonten en werkwijzen ter discussie worden gesteld en nieuwe werkvormen aangeleerd. In die zin sluit het concept goed aan bij de essentie van EBM. Continu leren moet en mag van professionals gevraagd worden, maar zij moeten daarvoor ook de mogelijkheden en de middelen krijgen.

Optimalisering van het zorgproces, het kernthema van dit advies, kan het niet stellen zonder de inbreng van patiënten. De nieuwste gedachten over richtlijnontwikkeling, men spreekt van de derdegeneratierichtlijnen, gaan duidelijk in die richting. De commissie constateert echter dat de vraag hoe patiënten het best betrokken kunnen worden bij de ontwikkeling van richtlijnen, of anderszins bij het expliciteren en operationaliseren van hun voorkeuren, nog verre van beantwoord is. Hier ligt een groot en lastig onderzoeksterrein braak.

Het onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren van implementatie heeft veel waardevolle inzichten opgeleverd en ook een aantal lacunes zichtbaar gemaakt, zoals is aangegeven in het rapport ‘Effectieve Implementatie: Theorieën en Strategieën’ van Zorgonderzoek Nederland. De commissie onderschrijft de aanbevelingen van dit rapport. In het voorliggende advies heeft zij op diverse manieren verwoord dat optimalisering van het zorgproces een tweerichtingsverkeer is tussen praktijk en wetenschap. De dynamiek van de context waarin nieuwe inzichten — al dan niet in de vorm van richtlijnen — moeten worden toegepast, beïnvloedt die toepassing. De commissie heeft een aantal facetten van deze dynamiek nader uitgewerkt. Zij wijst op de noodzaak van meer praktijkonderzoek. Inzichten uit de sociale wetenschappen, de onderwijskunde en de organisatiekunde kunnen haars inziens daarbij behulpzaam zijn. De waarde van deze inzichten voor de zorgpraktijk staat evenwel niet zonder meer vast. Onderzoeksinspanningen zouden zich moeten richten op verdere theorievorming dienaangaande. De commissie vindt ook dat onderzoek naar het operationaliseren van patiëntenpreferenties aandacht moet krijgen. Daarbij zou de vraag aan de orde zou moeten komen in hoeverre patiënten eerder en beter betrokken kunnen worden bij het formuleren van onderzoeksvragen.

Het ligt niet in de lijn van het werk van de Gezondheidsraad concrete suggesties voor onderzoek te doen. De commissie adviseert de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Raad voor Gezondheidsonderzoek te vragen zich te buigen over de richting waarin dit onderzoek zich zou moeten ontwikkelen en de wijze waarop het georganiseerd zou kunnen worden.

Executive summary

Health Council of the Netherlands: From implementation to learning: The importance of a two-way dialogue between practice and science in healthcare. Health Council of the Netherlands: The Hague, 2000; publication no. 2000/18

Stimulating the scientific underpinning of medical practice and the care process has taken, for some time now, a prominent place on the agenda of the Dutch government. Much is expected from medical technology assessment (MTA), these days often referred to as health technology assessment (HTA). In line with this view implementing MTA results, increasingly established in the form of practice guidelines, is generally seen as the means to promote quality in health care. However the implementation of these guidelines in everyday practice is either insufficient or too slow. This results in the "gap between research and practice", to which The Minister of Health, Welfare and Sport refers in her Progress Report on Medical Technology Assessment issued on 14 February 1996. She requested the Health Council of the Netherlands to prepare a report indicating fruitful approaches to bridge this gap.

The Committee notices that the phrasing of The Ministers request for advice indeed reflects current policy ideas on MTA: scientific medical knowledge is primarily associated with the outcomes from patient related research and guidelines are the best vehicle to introduce these new insights into daily practice. Without diminishing the value of MTA and guideline development, the Committee concludes that this point of view has certain limitations. The Committee chooses as its point of reference the *optimization of patient care*. It argues that guidelines based on MTA results doubtlessly provide an important contribution to the quality of the care process, but that other important issues are also involved. The Committee broadens the analysis of the implementation problem and distinguishes between the scientific aspect, professional knowledge and competence and social developments. In particular the increasing interconnectedness of care practices and

patients increased understanding of medical issues and their desire to be involved in determining what constitutes good care. This approach is in tune with recent arguments in the literature concerning the need to broaden the analysis of the implementation problem by using knowledge from fields outside medicine, such as the social sciences and management science.

Medical professionals, in comparison with other healthcare professionals, have made the greatest advancements in developing practice guidelines and implementation has been systematically studied. The general picture that emerges shows a range of scenarios: some doctors follow recommendations faithfully, some do so in part or from time to time, whereas others scarcely follow guidelines at all. Implementation of guidelines by general practitioners in The Netherlands gives reason to be optimistic, especially when it concerns recommendations to not perform certain interventions. The implementation of specialist guidelines has scarcely received any systematic study in the Netherlands

Only a limited number of studies have investigated whether or not the implementation of guidelines actually benefits patients. These reveal a mixed picture as well: positive effects can not always be determined.

The most important conclusion that follows from this diversity of research data, is that various aspects can be distinguished in the process from developing guidelines to their implementation. Each has its own limiting and facilitating factors. Successful implementation therefore always requires a strategic and efficient mix of targeted activities that are specific to these aspects. As content, context and goals of care provision vary considerably, the mix applied will need to be specific to the situation in hand. A simple and uniform panacea is not, therefore, available. Recent arguments to broaden the theoretical basis in search of fruitful implementation strategies reflects this notion.

Continuing medical education (CME) - or as it currently often is referred to continual professional development (CPD) - can to a large extent support the implementation of medical scientific insights. The same message here: a mixture of activities will provide the greatest chance of success. Interactive modalities enabling professionals to use their experience, are especially effective. The Committee also draws attention to evidence-based medicine (EBM). EBM has a far wider meaning than in the early 1980s when it first came into use. It is currently understood to incorporate clinical epidemiological data, meaningful deliberations of professionals such as pathophysiological knowledge and clinical experience, together with patient preferences.

According to the Committee the broadening of the analysis of the implementation problem provides a much clearer picture of everyday practice. The Committee discusses several recent theoretical insights concerning professional knowledge and competence. These insights provide useful viewpoints for a subtle examination of guideline implementation. Generally speaking, professional knowledge and competence are characterized by the skilful application of scientific knowledge to concrete situations or put ano-

ther way: being able to translate from the generic to the specific. In the case of medical professionals this translation process effectively boils down to integrating epidemiological information (whether or not it is incorporated in guidelines), patient-specific data (including expressed preferences) and a host of organizational preconditions. It therefore concerns heterogeneous data, which the professional must consider in an ordered manner, classify and integrate into the basis for his clinical decision. Where available, codified knowledge, such as that established in guidelines, can be helpful; the professional will also often use practical experience as a source of information. Finding the best possible basis for the clinical decisions in hand, remains the key issue. Here the Committee is talking about "the learning professional". It is vital that "the learning professionals" also systematically establish and evaluate their own practice data, so as to build up a reservoir of practical knowledge which compliments the external knowledge from patient-related epidemiological research. Medical information technology could make a valuable contribution here.

Following on from this, the Committee draws attention to two important social developments, which are typical of contemporary society and have a considerable influence on the care process. These are the development towards larger organized care networks, due to the increasing interconnectedness of care practices and the more vocal and better informed concerns of patients. In view of this background, the implementation of medical-scientific insights takes on a slightly different perspective.

The Committee establishes that the context in which professionals within the healthcare sector currently work, is characterized by an increasing involvement in networks. Within such networks, doctors not only represent the interests of their own patients, but are also "actors amidst other actors" whereby they are confronted with a diversity of interests. Professional knowledge and competence naturally remain the basis for practice, yet social skills and co-operating with other disciplines are also issues. Due to this development, the process aspect of care provision is increasingly affecting the content- and thus also the quality - of the care provision. Furthermore, management and organizational concepts are also important in healthcare. Assuming that the professionals in healthcare are by and large similar to professionals in other knowledge intensive organizations, the Committee draws attention to a concept that is currently under consideration in the commercial sector, namely, the learning organization. The central premise in this concept is that everyone in an organization, each at their own level, has knowledge which benefits the organization as a whole. A core task of the organization's leadership is to facilitate the production, spread and application of this knowledge, by creating a climate in which the mobilized knowledge is systematically used, whereas old habits and methods of work are brought up for discussion and new forms of work are taught. This concept, therefore, fits in well with the basic aims of EBM. Continual lear-

ning must and may be required of professionals, but they must also be given the opportunities and the means to realize this.

Optimizing the care process, the central theme of this report, cannot be realized without the input of patients. The latest ideas about guideline development, the so-called third generation guidelines, are clearly developing in this direction. However, the Committee observes that the question as to how patients can best be involved in developing guidelines, or put another way how they can best express and realize their preferences, remains far from answered. Little has been done in this large and difficult research area.

Research into factors which limit and facilitate implementation has produced many valuable insights and has also highlighted a number of gaps as indicated in the report "*Effective Implementation: Theories and Strategies*" issued by The Netherlands Health Research and Development Council (ZON). The Committee subscribes to the recommendations contained in the aforementioned report. In its own report, the Committee has expressed, in a number of ways, that the optimization of the care process is a two-way dialogue between science and practice. Changes to the context in which new insights - whether or not they are in the form of guidelines - must be applied, affects their application. The Committee has further elaborated on several aspects of these changes and indicates the need for more research into everyday practice. Insights from the social sciences, education and management science may, in the Committee's opinion, be helpful. The value of these insights for care practice has, however, yet to be established. Research efforts should be directed towards forming theories regarding these insights. The Committee is also of the opinion that more attention must be paid to research into the realization of patient preferences. A point which must be considered is the extent to which patients can be better involved in the formulation of research questions and at an earlier stage.

Making concrete suggestions with respect to research that needs to be carried out, falls outside of the Health Council's remit. The Committee advises the Minister of Health, Welfare and Sport to request the Health Research Council to deliberate the direction in which research needs to develop and the manner in which this could be organized.

Inleiding

Bevordering van de wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen en van de zorgverlening in ruimere zin neemt al geruime tijd een prominente plaats in op de agenda van de Nederlandse overheid. Men verwacht veel van *medical technology assessment* (MTA) of zoals men tegenwoordig meer en meer zegt *health technology assessment* (HTA)

MTA behelst: “wetenschappelijk onderzoek naar een medische voorziening, waarbij naast de medische effectiviteit één of meer andere aspecten (economische, sociaal-culturele, juridische, ethische en organisatorische) beoordeeld worden en dat gericht is op besluitvorming. Ook onderzoek dat uitdrukkelijk is gericht op kwaliteit van leven wordt tot MTA-onderzoek gerekend” (RGO 98).

Hoe belangrijk dit onderwerp is, blijkt onder meer uit het feit dat Zorgonderzoek Nederland bij haar oprichting de wettelijke taak heeft gekregen implementatie te bevorderen. De Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van zorg (WOK) voert al ruim tien jaar implementatie-onderzoek uit en ook de Raad voor Gezondheidsonderzoek heeft dit onderwerp voor de komende tijd op zijn werkprogramma staan (RGO99). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verwoordt in haar ‘Voortgangsrapportage MTA en doelmatigheid’ van 2 april 1997 haar gedachten over implementatie van nieuwe inzichten in het medisch handelen als volgt: “Het medisch handelen zou meer gebaseerd behoren te zijn op wetenschappelijke onderbouwing dan op traditie, gevoel of overtuiging. Daarmee is overigens bepaald niet gezegd dat traditie, overtuiging en gevoel geen plaats zouden hebben binnen het zorgproces. Integendeel. Met implementatie van op onderzoek geba-

seerde kennis bedoel ik, kort gezegd, de noodzaak om de soms bestaande kloof tussen kennis en praktijk te overbruggen” (VWS97).

1.1 Van ‘geneeskunst’ naar ‘geneeskunde’

Geneeskundig handelen is door de eeuwen heen gestuurd geweest door momentane kennis en inzichten. Eeuwenlang hebben er verschillende geneeskundige scholen naast elkaar bestaan en was een bonte verzameling van naar huidige inzichten onwerkzame therapieën in zwang. Rond 1850 nam de introductie van de natuurwetenschappelijk methode een grote vlucht en de kennis over de biologische mechanismen die in het menselijk lichaam werkzaam zijn kreeg in therapieën een steeds ruimere plaats. In de jaren na de Tweede Wereldoorlog groeide die kennis explosief. Aan het begin van de jaren zestig gingen er stemmen op om ook de medische praktijk te beschouwen als een stapsgewijs verlopend wetenschappelijk proces. De kritiek richtte zich in die jaren vooral op de zwakke besluitvormingsprocessen en de geringe transparantie van het medisch handelen.

De opkomst van wetenschappelijke disciplines als de klinische epidemiologie en de medische beslistkunde in de jaren daaropvolgend bood steeds meer mogelijkheden het medisch besluitvormingsproces te expliciteren en te rationaliseren. Beslissingsondersteunende technieken, expertsystemen en protocollering kregen daarin vervolgens hun plaats. Auteurs als Feinstein en Weed bepleitten zo’n systematische aanpak van het medisch handelen. Zij zagen daarin de beste kansen op een optimale uitkomst (Ber95). Zo’n aanpak zou het, aldus de voorstanders, mogelijk maken het stadium van de ‘geneeskunst’ te verlaten en de dagelijkse praktijk tot een wetenschap te maken. Tegenstanders vreesden echter starheid als uiteindelijk resultaat.

Niet alleen binnen de geneeskunde zelf werd aangedrongen op verwetenschappelijking van de medische praktijk en het inzichtelijker maken van de medische besluitvorming. Ook daarbuiten nam de behoefte aan transparantie toe. Mondig wordende burgers wilden meer informatie hebben over het ‘waarom’ van medische beslissingen. En ook overheden en zorgverzekeraars in westerse geïndustrialiseerde landen, die worstelden met de snel groeiende vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen en de daarmee gepaard gaande stijging van de kosten, drongen aan op meer inzichtelijkheid.

1.2 Begrippen

Tot de beslissingsondersteunende instrumenten behoren de zogeheten ‘protocollen’, ‘richtlijnen’ en ‘standaarden’. De moderne ontwikkelingen op dit terrein hebben hun oorsprong in de Verenigde Staten. Aanvankelijk ging het om de beoordeling van nieuwe medische technologieën, in het bijzonder om hun werkzaamheid, veiligheid en doeltreffendheid. In de loop van de jaren zeventig brachten onder meer Wennberg en Eddy in de me-

dische literatuur het verschijnsel van de interdoktervariatie onder de aandacht. Gaandeweg ontstond het idee dat richtlijnen, als compacte en op de medische praktijk toegesneden samenvattingen van kennis, ook bruikbaar zouden zijn voor het terugdringen van ongewenste of onverklaarbare vormen van interdoktervariatie (Ber95).

De National Institutes of Health nam destijds het voortouw bij de Amerikaanse richtlijnontwikkeling. De NIH werkwijze behelsde een systematische pooling van de kennis van experts, al of niet ondersteund door landelijke consensusbijeenkomsten. In Nederland nam het CBO deze aanpak in het begin van de jaren tachtig over. Deze *opinion based* richtlijnen noemt men wel de eerstegeneratie-richtlijnen. De richtlijnen van de tweede generatie zijn *evidence based*. Het zwaartepunt ligt niet meer bij het sociale proces, maar bij het goed systematiseren en wegen van de wetenschappelijke literatuur. Proces en uitkomst moeten inzichtelijk in de aanbevelingen worden verwoord, zodat duidelijk is of ze stoen op patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek, op pathofysiologisch redeneren of op de gangbare praktijk.

Dat richtlijnen goede hulpmiddelen zijn om de snel toenemende stroom van medisch wetenschappelijke gegevens te synthetiseren en structureren, staat eigenlijk niet meer ter discussie. Ook in het kader van professionalisering, en gezien de noodzaak het medisch handelen voor derden inzichtelijk te maken, zien medische professionals het nut ervan in.

Richtlijnen, protocollen en standaarden zijn ‘verpakkingen’ van diverse soorten kennis en praktijkinzichten. Voor velen zijn die termen synoniem. Het feit dat de begripsgelijkheid echter niet volledig is, heeft in de discussies over implementatie vaak tot verwarring geleid.

Een *richtlijn* of *standaard* is een formulering van aanbevolen handelwijze. De internationaal veel gebruikte omschrijving van *guidelines* luidt: "*systematically developed statements to assist decisions for patient and practitioner about appropriate health care for specific clinical circumstances*" (Field 90). De Nederlandse vertaling luidt: "systematisch ontwikkelde aanbevelingen bedoeld om hulpverleners en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete gezondheidsproblemen". De huisartsen gebruiken over het algemeen het begrip ‘standaard’.

Richtlijnen of standaarden ondersteunen de praktijkvoering, doordat medische evidentie daarin zo is verwerkt dat ze in praktisch hanteerbare vorm ter beschikking staat. Een richtlijn of een standaard is de weergave van een bepaald standpunt over juist geacht handelen. Invoering ervan maakt vaak deel uit van een programma voor kwaliteitsbevordering.

Een *protocol* is een stapsgewijze beschrijving in detail van het medisch handelen of van het multidisciplinaire zorgproces bij een omschreven patiëntengroep. Een protocol dient vooral het scheppen van duidelijkheid over de vraag hoe een bepaalde behandeling

het best kan plaatsvinden. Protocollen zijn instrumenten bij uitstek voor bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek.

Implementatie is een koepelbegrip voor het gehele proces dat loopt van het beschikbaar komen van nieuwe inzichten, technieken, interventies en programma's enzovoort tot het verankeren daarvan in vaste routines in de patiëntenzorg. In dit advies hanteert de commissie de omschrijving van Zorgonderzoek Nederland: "een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg" (ZON00).

1.3 Adviesaanvraag

Op 4 januari 1999 vroeg de Minister van VWS de Gezondheidsraad haar te adviseren over mogelijkheden verbetering te brengen in de implementatie van nieuwe inzichten — al dan niet vervat in richtlijnen — in de zorgverlening. De volledige tekst van de adviesaanvraag staat in bijlage A. Ter beantwoording van de adviesaanvraag is op 11 februari 1999 een commissie geïnstalleerd, waarvan de samenstelling is vermeld in bijlage B.

1.4 Opzet van dit advies

De adviesaanvraag is tweeledig. Zij bevat de vraag naar factoren die van invloed zijn op het proces van implementatie van wetenschappelijke inzichten en hun mogelijke beïnvloeding en de vraag naar de meest vruchtbare benaderingen om het proces van disseminatie en implementatie te bevorderen.

Mede gezien de indertijd reeds aangekondigde werkzaamheden van Zorgonderzoek Nederland, die inmiddels zijn uitgemond in een rapport 'Effectieve implementatie: Theoriën en Strategieën' (ZON00), heeft de commissie zich in hoofdzaak bezig gehouden met de tweede vraag. De eerste vraag is goeddeels beantwoord in het ZON-rapport, dat in samenhang met het voorliggende advies een overzicht geeft van de huidige stand van de wetenschap. Te zijner tijd zal de Raad voor Gezondheidsonderzoek in het verlengde van dit advies over implementatie-onderzoek adviseren (Mul00, RGO99).

De commissie heeft zich voornamelijk gericht op de dagelijkse praktijk van de medische professionals, omdat de literatuur aangeeft dat zij, in vergelijking met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, het verst gevorderd zijn met de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen en standaarden. Voor hun praktijk is ook het meeste systematische onderzoek verricht naar de implementatie van richtlijnen. Hoewel verpleegkundigen en paramedici in toenemende mate richtlijnen formuleren, vindt systematisch onderzoek naar de implementatie van dergelijke richtlijnen nog nauwelijks plaats (Tho98). Een tweede motief voor de gekozen oriëntatie is dat de discussie over implementatie me-

de gevoerd wordt in het licht van het streven naar kostenbeheersing. Medische professionals beïnvloeden met hun beslissingen bij uitstek de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg.

Waar de commissie haar gedachten formuleert over professionele kennis en kunde en betrokkenheid bij het zorgproces en over de ontwikkelingen naar grotere organisatorische verbanden, richt zij zich tot alle beroepsbeoefenaren die in de zorgverlening werkzaam zijn. Korthedshalve heeft zij ervan afgezien de verschillende beroepsgroepen voortdurend te benoemen.

Een laatste opmerking geldt de centrale plaats van het primaire proces in de gezondheidszorg, het zorgproces, en de *directe* beïnvloeding daarvan door het professionele handelen. Aan wettelijke maatregelen en macro-economische factoren en hun invloed op dat proces besteedt de commissie geen aandacht.

In hoofdstuk 2 bespreekt de commissie de uitkomsten van het tot nu toe beschikbare implementatie-onderzoek. In de wetenschappelijke literatuur ziet men de ontwikkeling van onderzoek dat zich aanvankelijk vooral richtte op de belemmerende en bevorderende factoren van implementatie van richtlijnen, een smalle visie op implementatie zou men kunnen zeggen, naar pleidooien voor een verbreding van die visie door het incorporeren van inzichten uit de sociale wetenschappen (vooral professionele socialiseringstheorieën), de onderwijskunde en de organisatiekunde. Dit brengt de commissie ertoe een aantal perspectieven nader uit te werken. Achtereenvolgens komen de aard van de professionele kennis en kunde (hoofdstuk 3), de ontwikkelingen naar grotere zorgverbanden (hoofdstuk 4) en de zeggenschap en voorkeuren van patiënten (hoofdstuk 5) aan de orde. In hoofdstuk 6 geeft de commissie haar slotbeschouwing.

De stand van de wetenschap

De geneeskunde en de gezondheidszorg hebben in de tweede helft van de vorige eeuw grote veranderingen doorgemaakt. De kernrelatie — die tussen arts en patiënt — is echter onveranderd gebleven (Mol99). Dit tijdloze basisstramien van de geneeskunde en haar al even tijdloze hoofddoelstelling — optimale zorg bieden — krijgen vanzelfsprekend wel op een tijdgebonden wijze vorm. De minister hecht blijkens de adviesaanvraag veel waarde aan een snelle doorwerking naar de praktijk van systematisch vergaarde informatie over de effectiviteit van diagnostische, therapeutische en zorgprocedures. Vooral door de opmars van de informatietechnologie en door de hoge vlucht van het epidemiologisch onderzoek beschikken professionals in de gezondheidszorg nu vaak over een keur aan gegevens waarop zij hun oordeel kunnen baseren. De keerzijde van deze medaille is dat de integratie van die veelsoortige gegevens meestal geen sinecure is. Onlangs had de hoofdredacteur van *The Lancet* het in dit verband zelfs over ‘informatie-oorlogen’ (Hor99). Professionals in de gezondheidszorg worden van meer kanten dan ooit met informatie geconfronteerd.

Typerend voor de huidige tijd is dat de relatie tussen arts en patiënt verweven is geraakt met maatschappelijke ontwikkelingen. Allereerst raakt het primaire proces steeds meer ingebed in grotere organisatorische verbanden. Ontwikkelingen als het medisch-specialistisch bedrijf, het gezondheidscentrum en initiatieven op het gebied van transmurale zorg zijn daarvan sprekende voorbeelden. De kwaliteit van zorgverlening is, bij deze toenemende vervlechting, gediend met samenwerking en goede afspraken tussen de betrokken professionals. De informatiecultuur laat ook de patiënten niet onberoerd. De professional heeft weliswaar de meeste kennis, maar de patiënt raakt steeds beter geïn-

formeerd over wat de gezondheidszorg te bieden heeft en wordt ook gestimuleerd zich mondiger op te stellen. Ten slotte is er het streven naar doelmatigheid; bevordering van de doeltreffendheid van het handelen in de gezondheidszorg is één ding, met dat handelen zijn ook kosten gemoeid. Over daarbij te hanteren veronderstellingen en toe te passen berekeningsmethodieken mogen de meningen dan uiteenlopen, praten over geld met patiënten is niet meer per se uit den boze.

Uit de zojuist gemaakte *tour d' horizon* moge blijken dat professionals in de gezondheidszorg met zowel een wetenschappelijke als een maatschappelijke dynamiek te maken hebben en dat daarom hun handelen heel algemeen gesproken zowel vanuit de wetenschappelijke als de maatschappelijke invalshoek gezien kan worden.

Dit hoofdstuk gaat over de beïnvloeding van het individuele *medisch* professionele handelen langs wetenschappelijke lijnen. De commissie schenkt hier aandacht aan de vraag wat er bekend is over het effect van richtlijnen op klinische beslissingen.

2.1 De medische professional wetenschappelijk aangesproken: het volgen van richtlijnen

2.1.1 Algemene impressies

In hoofdstuk 1 gaf de commissie aan dat de adviesaanvraag past in het denken over de wetenschappelijke fundering van de geneeskunde dat nu de boventoon voert. Men spreekt tegenwoordig vaak over *evidence based medicine* (EBM). Deze uitdrukking kan misverstanden wekken. Bijvoorbeeld dat medische professionals pas sinds kort in staat zijn op geleide van wetenschappelijke gegevens beslissingen te nemen. Volgens moderne opvattingen van wetenschap kent het zoeken naar medische bewijsvoering al zeker een traditie van twee eeuwen (Wie99). Lange tijd lag daarbij het accent op pathofysiologische redeneringen. De klinische epidemiologie is een loot aan de wetenschappelijke stam die pas vrij laat tot bloei gekomen is. Haar gouden standaard voor effectiviteitsbepalingen is het gerandomiseerde dubbel-blind onderzoek, de *randomised controled trial*, afgekort RCT.

De wetenschappelijke informatie over de mogelijkheden en beperkingen van de geneeskunde groeit in deze tijd explosief. Rond 1988 werden jaarlijks meer dan 5000 RCT's gepubliceerd. Tien jaar later was dat aantal gestegen tot meer dan 12 000 jaarlijks (Sac00). Weliswaar is ook de arbeidsspecialisatie toegenomen en hebben medische professionals feitelijk met grotere of kleinere deelterreinen van de geneeskunde van doen, maar de ontwikkelingen op elk vakgebied laten zich alleen al door hun omvang en tempo moeilijk bijhouden. Daarnaast beïnvloeden, zoals gezegd, ontwikkelingen in de samenleving zoals de toenemende mondigheid van patiënten, de groeiende aandacht voor doelmatigheid en de grotere verwevenheid van zorgpraktijken, eveneens de medische praktijk

van alle dag. Het is dus niet verwonderlijk dat medische professionals meer dan vroeger behoefte hebben aan ondersteuning en advisering bij besluitvorming in de praktijk. Maar ook patiënten, overheidsinstanties en verzekeraars willen weten waarom het ene gedaan en het andere nagelaten wordt. Anders gezegd de samenleving vraagt meer dan ooit om transparante geneeskunde.

De stroom van gegevens over de doeltreffendheid van medische procedures en interventies kan op diverse manieren worden gekanaliseerd ten behoeve van medische beslissingen in de dagelijkse praktijk. Hand- en leerboeken vormen een van oudsher gangbaar medium. Ze blijven als regel tamelijk algemeen in hun beschouwingen. Overzichtsartikelen in vakbladen kunnen goed inspelen op de actualiteit, maar kunnen niet al te zeer ingaan op bijzonderheden van praktisch belang. Naar het oordeel van velen komen richtlijnen nog het dichtst in de buurt van het ideaal: wetenschappelijke informatie toegesneden op de medische praktijk.

Gezien de vele deelgebieden die de geneeskunde kent en het grote aantal spelers op het veld van de gezondheidszorg is het geen wonder dat er legio richtlijnen zijn. In 1997 turfde de American Medical Association er ongeveer 2200 (Mil98). Nu betreft het hier de Verenigde Staten, bakermat van de richtlijnbeweging, terwijl geen poging is gedaan om de richtlijnen naar kwaliteit en toepassingsbereik te rangschikken. Maar ook in andere geïndustrialiseerde landen vertoont hun aantal een sterke groei. Zo zijn er in het Verenigd Koninkrijk inmiddels naar schatting enige honderden en in Duitsland bijna duizend (Day98).

Wie de vele discussies over de kwaliteit van het medisch handelen volgt, weet hoe sterk de cultuur van een land en de daarmee verband houdende inrichting van het gezondheidszorgsysteem meespelen. Hoewel nationale ontwikkelingen en ervaringen niet geheel los staan van ontwikkelingen elders, vraagt extrapolatie van hun zeggingskracht voor andere landen wel steeds om een nadere analyse. Toch is het zinnig een schets te geven van de algemene contouren van het onderzoek naar de implementatie van richtlijnen. Deze schets kan dienen als achtergrond waartegen de Nederlandse situatie reliëf krijgt.

De commissie constateert dat het onderzoek naar de invloed van richtlijnen op medische beslissingen zich vooral sinds de jaren negentig in een groeiende belangstelling mag verheugen. Vorig jaar verscheen een publicatie waarin overzichtsartikelen met betrekking tot de implementatie van richtlijnen becommentarieerd en van een kwaliteitsscore voorzien zijn (NHS99). Recent bracht Zorgonderzoek Nederland een rapport uit, getiteld: Effectieve Implementatie: Theorieën en Strategieën. Daarin worden overzichtsartikelen inzake belemmerende en bevorderende factoren van implementatie en vigerende theorieën bijeengebracht en besproken (ZON00). Deze beide 'overzichten van overzichten' zijn voor dit advies belangrijk. Want in dit advies is niet de vraag naar het effect van deze of

gene aanbeveling op dit of dat domein van medisch handelen aan de orde, maar de algemene vraag naar de beweegredenen van medische professionals voor hun professionele beslissingen en naar hun wijze van omgaan met richtlijnen.

Zeven overzichtsartikelen, voor een deel actualisering van eerdere publicaties, zijn specifiek gewijd aan de implementatie van richtlijnen (Dav97, EHC94, Gri94, Lom91, Tho98, Wen98, Wor97). Tezamen gaan ze over enkele honderden redelijk tot goed opgezette onderzoeken van de laatste 25 jaar. De onderzoeken bestrijken een veelheid van deelgebieden en medische beroepsgroepen, met een duidelijke oververtegenwoordiging van Amerikaanse ervaringen. Globaal is op twee manieren de invloed van richtlijnen gemeten: met indicatoren voor het handelen van medisch professionals en met uitkomstmaten bij patiënten. De eerste methode is de meest gebruikte, al vormt wijziging van professioneel gedrag uiteraard geen doel op zich maar een middel om te komen tot verbetering van de zorgverlening.

De onderzoeken zijn zeer heterogeen en de uitkomsten niet minder. Sommige artsen laten zich aan de aanbevelingen in richtlijnen weinig gelegen liggen; anderen volgen richtlijnen of delen daarvan soms op; weer anderen doen het vrij trouw. Eén van de genoemde overzichtsartikelen illustreert de heterogeniteit treffend (Gri94). Hierin zijn 23 onderzoeken bekeken, met in totaal 143 aanbevelingen over 70 verschillende deelaspecten van het medisch handelen. Gemiddeld bleken die aanbevelingen bij 55% van de beslissingen te zijn opgevolgd. De variatie rondom dat gemiddelde liep van bijna 0% tot 100%. Effecten van het gebruik van richtlijnen bij patiënten zijn veel minder onderzocht; de onderzoeken laten in minderheid een positief effect zien (Gro99b).

Het verloop van het implementatieproces blijkt voor verschillende praktijksituaties bepaald te worden door een verschillend complex van determinanten. Sommige determinanten hebben betrekking op de bewijskracht van de in de richtlijn vervatte evidentie of op de rechtlijnigheid dan wel de complexiteit van de geformuleerde aanbevelingen. Andere betreffen het vermoedelijk meespelen van niet-medische factoren, zoals financiële belangen of tijd die gestoken moet worden in verandering van praktijkvoering, organisatorische of structurele voorzieningen of medewerking van patiënten.

Strategieën voor de implementatie van richtlijnen zijn vaak gezien in samenhang met strategieën voor richtlijnontwikkeling en -disseminatie. Naar de onderscheiden effectiviteit van deze strategieën is nog weinig gedegen onderzoek gedaan. Over factoren die de kans op doorgeleiding van kennis naar de praktijk vergroten, kunnen echter wel enkele indicatieve uitspraken worden gedaan (Ber98, Gri93, Gro99b, NHS99). Om te beginnen blijkt het voor het gebruik van richtlijnen belangrijk te zijn wie bij de ontwikkeling ervan betrokken zijn geweest. Naarmate de gebruikers, of hun opinieleiders, meer invloed hebben kunnen uitoefenen, blijkt de toepassing van richtlijnen een gunstiger lot beschoren.

Dat geldt ook naarmate beter rekening is gehouden met lokale omstandigheden. Van buiten komende of aan de lokale praktijk voorbijgaande aanbevelingen worden gauwer als minder relevant beschouwd.

Ook de disseminatie van richtlijnen blijkt gebaat bij maatwerk. Interactieve vormen van informatievoorziening en scholing, waarbij gebruikers van richtlijnen hun praktijkervaringen kunnen inbrengen, blijken tamelijk succesvol. Passieve verspreiding via tijdschriften of andere publicaties zet vrijwel geen zoden aan de dijk. Voor de feitelijke implementatie — die uiteindelijk moet blijken uit verandering van praktijkvoering — valt het meest te verwachten van een combinatie-strategie.

De belangrijkste conclusie is dat er niet één weg is die onder alle omstandigheden tot succes leidt. Men zal telkens opnieuw mogelijke obstakels moeten opsporen. Deze diagnostische fase is een voorwaarde om een effectieve, op de situatie toegesneden mix van activiteiten te kunnen kiezen. Elementen die hun waarde hebben bewezen, zijn lokale consensus- en terugkoppelingsprocedures en via de computer beschikbare geheugensteuntjes bij de behandeling van een bepaalde patiënt.

2.1.2 *Nederlandse ervaringen*

Nederland kent twee grote landelijke programma's voor richtlijnontwikkeling: die van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en die van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) — gericht op medisch-specialisten, verpleegkundigen en paramedici (Kis97). Daarnaast ontplooiën tal van andere organisaties, zoals ziekenhuizen, adviescolleges en beroepsverenigingen, activiteiten die onder de noemer 'richtlijnontwikkeling' kunnen vallen. Al vroeg is ook in ons land gewezen op de noodzaak van implementatiestrategieën voor het welslagen van de verschillende activiteiten (Gro90).

De groeiende belangstelling voor het implementatievraagstuk ten spijt, zijn tot op heden maar weinig uitkomsten van gericht empirisch onderzoek naar de implementatie van richtlijnen beschikbaar. Over het effect van richtlijnen op beslissingen van huisartsen is nog relatief het meeste bekend. Volgens een onderzoek uit 1994 onder 15 huisartsen, met samen meer dan 23 000 patiëntcontacten valt beïnvloeding van het professionele handelen via richtlijnen overigens niet automatisch samen met een positief effect bij patiënten (Sch94). Zo konden geen verbeteringen met betrekking tot hoge bloeddruk of indicatoren voor suikerziekte worden aangetoond. Onlangs verscheen de eindrapportage van een ander omvangrijk onderzoek onder huisartsen, uitgevoerd door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (Spi99). Bij een representatieve groep van 200 huisartsen is onderzocht in hoeverre zij volgens de NHG-standaarden te werk gingen. Ruim 70 000 medische handelingen of beslissingen kwamen daarbij voor toetsing in aanmerking. Gemiddeld bleek men in 72% van de gevallen de aanbevelingen opgevolgd te hebben. Daarbij ging het in ruim 65% om aanbevelingen in de standaarden om bepaalde behandelingen te verrichten en in

bijna 80% om aanbevelingen om bepaalde behandelingen achterwege te laten. Er was echter een grote variatie, zowel tussen de huisartsen — sommigen volgden trouw de aanbevelingen op, anderen vrijwel niet — als tussen de standaarden. Opvallend is de hoge score bij het achterwege laten van bepaalde behandelingen. De commissie vindt deze cijfers zeer bemoedigend. Ze steken in ieder geval gunstig af bij het in de vorige paragraaf geschetste internationale beeld.

Naar de implementatie van specialistische richtlijnen is weinig systematisch onderzoek gedaan. Meestal kijkt men ‘in huis’ naar het gebruik van bepaalde richtlijnen (Koe96). Dan blijkt een mix van soortgelijk belemmerende en bevorderende factoren als voornoemd aan de orde te zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat het beeld voor Nederland afwijkt van wat de internationale literatuur daarover te berde brengt (Kis97).

2.2 Andere ondersteuning dan via richtlijnen

Hoewel het accent in de adviesaanvraag op richtlijnen ligt, is het zinvol enkele opmerkingen te wijden aan de effectiviteit van andere methoden en technieken die een functie hebben bij het ondersteunen van de medische praktijk. De al genoemde NHS-overzichtspublicatie en het rapport van de ZON bevatten ook uitkomsten van onderzoeken naar uiteenlopende activiteiten op het gebied van voorlichting, controle en terugkoppeling onder meer via diverse vormen van computerondersteuning. De effectiviteit ervan blijkt net als die van richtlijnen sterk te wisselen. Bijna allemaal sorteren de activiteiten onder bepaalde omstandigheden wel effect, maar geen enkele komt op dit moment als panacee uit de bus (NHS99, ZON00). De ontwikkelingen staan echter niet stil. Zo is bijvoorbeeld bij het Transmuraal & Diagnostische Centrum in Maastricht een elektronisch systeem ontwikkeld, het GRIF-remindersysteem, om de huisarts direct feedback te geven bij het aanvragen van aanvullend diagnostisch onderzoek (Bin00). Het systeem geeft een melding als er onvoldoende gegevens zijn ingevoerd of als de werkhypothese dan wel de reden van de aanvraag niet zijn ingevuld. Het beoogt daarmee een betere conformering aan bestaande richtlijnen over aanvullend diagnostisch onderzoek te bewerkstelligen. Het systeem is nog in de testfase. Ook de ontwikkelingen op het terrein van het elektronische patiëntendossier lijken goede mogelijkheden te bieden om de uitkomsten van het eigen handelen interactief te toetsen aan algemene epidemiologische gegevens (Gar98a).

Over activiteiten op het vlak van professionele na- en bijscholing (*continuing medical education, CME*) valt een soortgelijke boodschap te beluisteren. Bepaalde enkelvoudige activiteiten, zoals het werken met *opinion leaders* en het gebruik van patiënt-specifieke informatiesystemen, weten volgens de uitvoerige overzichten het handelen van artsen vaak positief te beïnvloeden en geven bij patiënten regelmatig een gunstig effect te zien. Andere activiteiten, zoals audits en passieve disseminatie van voorlichtingsmateriaal, lijken zelden iets uit te richten. Combinaties van activiteiten bieden ook hier meestal

meer uitzicht op succes. Sterk didactische vormen van na- en bijscholing, zoals conferenties, workshops en lezingen hebben weinig invloed op het medisch handelen. Meer interactieve modaliteiten, waarbij een duidelijk beroep gedaan wordt op de eigen inbreng van de deelnemers, blijken daarentegen wel veranderingen in de praktijkvoering te kunnen bewerkstelligen. Vooral als men in kleine groepen met collega's samenwerkt. Een vertrouwde omgeving is een voorwaarde voor het bespreekbaar maken van eventuele misvattingen over een bepaalde handelwijze. Internationaal raakt de term *continuing professional development* (CPD) in zwang (Pec00). In deze visie gaat het niet alleen om wetenschappelijke na- en bijscholing, maar ook om scholing op het terrein van management, samenwerking en sociale vaardigheden.

Diverse auteurs pleiten voor een grotere inbreng van moderne onderwijskundige theorieën, zoals de probleemgestuurde aanpak, en theorieën over professionele socialisering (Abr99, Mau99, Pec00). Inzichten uit die disciplines zouden ingebracht moeten worden in scholingsprogramma's die meer moeten zijn toegesneden op de dagelijkse praktijkvoering dan nu vaak het geval is en waarin — dat is essentieel — ruimte blijft voor het incorporeren van lokale of regionale zorgpatronen. De effectiviteit van zulke programma's is echter nog onvoldoende onderzocht om uitspraken te kunnen doen over de waarde van de diverse inzichten voor de dagelijkse praktijk.

Aparte aandacht verdient EBM. Enkele artsen hebben een jaar of tien geleden naar voren gebracht dat de best denkbare praktijkvoering bestaat uit een combinatie van klinische vaardigheden en inzichten uit het best denkbare wetenschappelijk onderzoek, om daarmee klinische beslissingen die zijn toegesneden op de wensen en waarden van de patiënt, te onderbouwen (Sac97). Zij deden een oproep tot verandering van het onderwijs voor artsen, dat minder dan in het verleden gebaseerd moest zijn op autoriteit en overlevering, en meer op het ontwikkelen van vaardigheden om gebruik te kunnen maken van inzichten uit solide wetenschappelijk onderzoek. EBM beoogt de kloof tussen kennis en praktijk te verkleinen en heeft haar aangrijpingspunt in de praktijk. Het kernpunt is dat professionals zich bewust moeten zijn van de noodzaak tot onderbouwing van hun handelen in de praktijk. Dat vereist niet alleen speuren naar de kennis die voorhanden is in (samenvattingen van) de wetenschappelijke literatuur, maar ook de vaardigheid deze kennis te vertalen in beslisproblemen de individuele patiënt betreffende (Gre97, Wel00). De sleutelbegrippen in deze visie zijn: 'leren zoeken', 'beoordelen' en 'vertalen naar de praktijk'.

In de literatuur ziet men EBM wel afgeschilderd als een verschraving van de zorgverlening, door de nadruk op codificering en formalisering (Cha97, Ged97). Voor de grondleggers en hun navolgers is het de professionele reactie op alom geuite vragen naar onderbouwing en verantwoording van de praktijkvoering, waarbij de wens tot optimalisering van de zorg centraal staat. Tegelijkertijd realiseert men zich dat de EBM-benadering noodzaakt tot veranderingen in de opleiding en het onderzoeksbeleid en gepaard moet

gaan met informatietechnologische ondersteuning die het zoeken naar gegevens vergemakkelijkt. Dat vergt inspanningen die niet op zeer korte termijn zichtbare resultaten zullen opleveren (Gar98).

2.3 Het belang van theoretisch verbreding

In de literatuur van de laatste paar jaar valt een toenemende aandacht te bespeuren voor het gezichtspunt dat implementatieprocessen kunnen worden opgedeeld in verschillende fasen. Met die fasen hangen barrières samen die via gerichte activiteiten zijn te slechten. Zo laten zich volgens een recent verschenen overzichtsartikel ten minste zeven soorten hindernissen onderscheiden (Cab99):

- men is niet op de hoogte van het bestaan van een richtlijn
- men weet dat er een richtlijn is, maar kent de inhoud ervan onvoldoende
- men is het inhoudelijk oneens met bepaalde aanbevelingen
- men acht zich onvoldoende capabel de aanbevelingen op te volgen
- men heeft weinig vertrouwen in de uitkomst;
- men vindt het moeilijk om met ingesleten gewoonten te breken
- men ziet zich gesteld tegenover externe moeilijkheden, zoals voorkeuren van patiënten en een gebrekkige facilitaire ondersteuning.

Door stelselmatig deze aspecten onder de loep te nemen, is het mogelijk problemen op het spoor te komen die typisch horen bij een bepaald aspect, om die vervolgens via gerichte interventies te elimineren dan wel te verkleinen. Sommige onderzoekers werken zo'n stapsgewijze benadering op onderdelen verder uit (Dav97, Gro97, Mou99, NHS99). Zij bouwen een cyclische procedure in

- maak een strategisch plan met tussentijdse doelstellingen
- ga na in hoeverre die doelstellingen bij uitvoering van het stappenplan gehaald worden
- breng eventuele wijzigingen aan, al naar gelang de bevindingen.

Het komt dus telkens aan op het vinden van de juiste diagnose in de praktijksituatie en het daarop afstemmen van implementatieactiviteiten. Deze onderzoekers breken ook een lans voor verbreding van het perspectief op implementatie, omdat uit eerder onderzoek blijkt dat praktijkvoering niet alleen beïnvloed wordt door de stand van de medische wetenschap. Culturele aspecten, karakteristieken van de discipline, genoten opleiding en contextspecifieke factoren spelen ook een rol bij de dagelijkse praktijkvoering, evenals de organisatorische setting, financiële factoren, opvattingen over de verdeling van tijd en energie tussen de verschillende aspecten van de beroepsuitoefening. Zij pleiten voor het toepassen van inzichten uit de sociale wetenschappen, de onderwijskunde en de organisa-

tiekunde. Deze leren het nodige over het denken en handelen van professionals, als individuen en als actoren in organisatorische verbanden.

De commissie sluit zich graag aan bij deze pleidooien. Verbreding van de theoretische basis lijkt ook haar noodzakelijk, omdat gebleken is dat er geen heldere één op één relatie bestaat tussen bepaalde theorieën en concrete implementatiestrategieën, (ZON00).

De wetenschappelijke literatuur van dit moment overziende stelt de commissie vast dat de beschikbare informatie over de implementatie van richtlijnen en andere vormen van gesynthetiseerde kennis eerder caleidoscopisch is dan een helder geordende aanblik biedt. Zoveel is wel duidelijk: wil implementatie kunnen slagen, dan volstaat doorgaans geen simpele strategie. Het komt er blijkens de wetenschappelijke analyses telkens op aan om een passende combinatie van strategische instrumenten te vinden. Verder onderzoek zal licht moeten werpen op de vraag welke combinatie voor welke situatie het meest succesvol zal kunnen zijn.

Implementatie van nieuwe inzichten — al dan niet in de vorm van richtlijnen — is echter geen doel op zich, maar dient de optimalisering van patiëntenzorg. Het is daarvoor een belangrijke, maar geen voldoende voorwaarde. Met de optimaliseringsdoelstelling voor ogen wil de commissie nog een aantal andere onderwerpen bespreken die van groot belang zijn voor de kwaliteit van de zorg en die juist in deze tijd hun stempel drukken op het zorgproces. In haar inleiding gaf zij al aan dat zij niet zal ingaan op wet- en regelgeving en financiering van de gezondheidszorg.

Richtlijnen en de professionele praktijk

Richtlijnen zijn, zoals al eerder werd opgemerkt, onmisbare instrumenten bij de ondersteuning van het zorgproces, maar hun toepassing is zelden een kwestie van een druk op de knop. Een kundig gebruik vergt vakbekwaamheid.

In dit hoofdstuk belicht de commissie eerst kort de verschillende fasen die de ontwikkeling van richtlijnen kenmerkt. Opstellers van richtlijnen hebben gaandeweg ondervonden dat ‘effectiviteit’ van medische zorg multidimensioneel is en dat het gaat om een normatief begrip. Medische handelingen hebben vaak uiteenlopende effecten op kortere of langere termijn en de beoordeling van de effectiviteit hangt af van de waarde die aan elk van die effecten wordt gehecht. Dit laatste betekent dat de wensen en waarden van patiënten zelf voor het oordeel over effectiviteit van wezenlijk belang kunnen zijn.

Daarna belicht de commissie enkele facetten van de — meestal stilzwijgend veronderstelde — karakteristieke vakbekwaamheid van professionals. Zij bespreekt de zeggingskracht van verschillende soorten gegevens, hoe professionals denken en redeneren en langs welke lijnen voortgaande professionele vorming kan lopen.

3.1 Richtlijnen door de tijd heen

Richtlijnen kwamen aanvankelijk vaak via een weinig doorzichtige en sterk op het oordeel van deskundigen leunende consensusprocedure tot stand. Deze richtlijnen van de eerste generatie noemt men tegenwoordig meestal *opinion based*. Met de opkomst van de *evidence based medicine* lag ook verwetenschappelijking van het opstellen van richtlijnen voor de hand, omdat er in toenemende mate methoden beschikbaar kwamen om grote

hoeveelheden gegevens te ordenen, zoals meta-analyses en systematische *reviews*, onder andere via de Cochrane Collaboration. In de tweede-generatierichtlijnen, de *evidence based* richtlijnen, staan wetenschappelijke gegevens centraal. Die wetenschappelijk gegevens alléén leiden echter zelden tot ondubbelzinnige aanbevelingen voor de praktijk. Richtlijnen bevatten onvermijdelijk ook niet-wetenschappelijke afwegingen. Tegenwoordig geeft men nadrukkelijke aandacht aan de bewijskracht van de gebruikte epidemiologische informatie en aan het expliciet benoemen van de toegepaste keuzen, afwegingen en veronderstellingen (Day98,Kis97, KMNMG00).

Het blijkt dat verschillende groepen aan dezelfde wetenschappelijke gegevens een andere waarde kunnen toekennen in het licht van door hen beoogde doelstellingen. Een recent voorbeeld in Nederland is de NHG-standaard Osteoporose (Cro99). Het commentaar daarop is uiteenlopend. Een specialist is van mening dat de Standaard de patiëntenbelangen niet dient, terwijl een huisarts meent dat de aanbevelingen recht doen aan de doorsnee-patiënt. Deze controverse is deels terug te voeren op het ontbreken van harde bewijzen voor het nut of de werking van bepaalde interventies, waarop ook het GR-advies 'Preventie van aan osteoporose gerelateerde fracturen' (GR98) al doelde, deels op verschillen tussen patiëntengroepen die de beroepsbeoefenaren in hun dagelijkse praktijk zien. Ontoereikende evidentie leidt onvermijdelijk tot verschillen in opvatting over de meest gewenste behandeling, zoals ook is beschreven voor reumatoïde artritis en voor CVA (Bos97).

Een buitenlands voorbeeld is eveneens illustratief. Cardiologen uit Toronto toonden zich zeer aarzelend bij het volgen van Amerikaanse en Canadese richtlijnen voor hormoonvervangende therapie bij vrouwelijke hartpatiënten (Gro99a). Met goede redenen, volgens een commentator: de richtlijnen waren niet gebaseerd op uitkomsten van gerandomiseerd onderzoek. Toen in 1998 de eerste resultaten van gerandomiseerd onderzoek op dit gebied verschenen, bleek inderdaad dat een positief effect niet kon worden aangetoond.

Voorbeelden van gemakkelijk adoptie van richtlijnen zijn er ook. In Nederland is een bekend voorbeeld de richtlijn voor acute oorontsteking (Gro99b). Toen uit onderzoek overtuigend was gebleken dat paracentese niet beter was dan afwachten, werden er binnen twee jaar vrijwel geen oren meer doorgeprikt. In de Verenigde Staten vonden de anesthesie-richtlijnen van de Harvard-ziekenhuizen binnen twee jaar na publicatie overal navolging, zo overtuigend was de aangevoerde evidentie (Mil98).

Er kunnen goede redenen zijn voor terughoudendheid bij het volgen van richtlijnen. Analyses in diverse landen laten zien dat momenteel te veel richtlijnen de toets der kritiek niet kunnen doorstaan (Gro99b). Gelukkig is er groeiende aandacht voor beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen. In het Verenigd Koninkrijk is een methodologisch instrument gevalideerd om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Het gaat om aspecten

als: hoe systematisch en gestructureerd geschiedde de opstelling van de richtlijn, wat is de wetenschappelijke inhoud en voor welke context, hoe verliepen de introductie en toepassing van de richtlijn (Clu99). In vervolg hierop is nu een Europees Biomed-project gaande waarin wordt gepoogd een beoordelingsinstrument te ontwikkelen voor Europese richtlijnen. Hier ligt een sterk accent op de beoordeling van doel en reikwijdte van de richtlijn, op de betrokkenheid van belanghebbenden en op een zorgvuldige en duidelijke formulering van de aanbevelingen. Ook de verantwoording van de aard van de gegevens waarop de aanbevelingen stelen wordt in de beoordeling betrokken, alsmede de toepassingsmogelijkheden (ZON00). In de derde-generatierichtlijnen die tegenwoordig worden ontwikkeld, zijn de doelstellingen verbreed. Men zoekt naar methodieken om ook andere dan medisch-wetenschappelijk bevindingen, zoals patiëntenwaarden en kostencomponenten, in te passen.

Het aanbrengen van kostencomponenten in richtlijnen blijft problematisch. De uitkomsten van doelmatigheidsberekeningen lijken erg gevoelig voor de gehanteerde veronderstellingen (KNMG00). Overal ter wereld blijken artsen moeilijk uit de voeten te kunnen met een definitie van ‘passende zorg’ waarin financiële argumenten een duidelijke rol spelen. Tussen patiëntenbelangen en kosten bestaat een lastig weg te nemen spanning (Day98). De commissie meent dat doelmatigheidsaspecten bij de ontwikkeling van richtlijnen op de tweede plaats moeten komen. Richtlijnen dienen in de eerste plaats ter ondersteuning van het professionele handelen in de dagelijkse praktijk. De eerst belanghebbenden zijn de behandelaars en hun patiënten. Bij het opstellen van richtlijnen moeten professionals — waar mogelijk in samenwerking met patiënten — het primaat hebben.

3.2 Verschillende soorten gegevens

Artsen zijn door hun beroepseed gehouden hun patiënten naar vermogen, dat wil zeggen volgens de beste medische inzichten, te helpen. Zo beschouwd is implementatie van nieuwe inzichten, of anders gezegd EBM, een kernkarakteristiek van het medisch handelen.

Met de opkomst van EBM aan het eind van de jaren tachtig is een discussie losgebrand over de spanning tussen ‘casuïstiek’ en ‘statistiek’ (Cha97). De aanvankelijk sterke nadruk op klinisch-epidemiologische kennis — liefst verkregen via RCT’s — als de *best evidence*, en de hiërarchische benadering van types informatie heeft daar mede aan ten grondslag gelegen. Simpel geformuleerd luidt het probleem: in hoeverre lijkt een bepaalde patiënt op de gemiddelde patiënt in klinisch wetenschappelijk onderzoek?

Van verschillende kanten is in de afgelopen jaren gewezen op de beperkingen van generieke epidemiologische informatie wanneer specifieke klinische beslissingen aan de orde zijn (Kno97, Log96, Nay95, Ton99, Van98, Wel00). Het nuttig effect van sommige systematisch onderzochte medische handelingen kan gering blijken, terwijl patiënten zeggen er baat bij te hebben, of nut en risico liggen heel dicht bij elkaar. Een ander pro-

bleem is dat klinisch wetenschappelijk onderzoek al gauw moet abstraheren van voorkeuren van patiënten. Die voorkeuren komen in de dagelijkse praktijk echter, zeker tegenwoordig, onvermijdelijk om de hoek kijken. Beide punten maken duidelijk dat klinisch epidemiologische gegevens niet altijd voor zichzelf spreken.

In het verlengde hiervan ligt de door epidemiologen zelf geuite kritiek dat epidemiologische onderzoeken, meta-analyses en ook richtlijnen lang niet altijd een duidelijke afbakening van hun onderzoeksobject bevatten of, mocht dat wel het geval zijn, classificaties introduceren waarvan de waarde voor de praktijk te wensen overlaat (Mie98). Tegelijkertijd biedt goede epidemiologisch informatie wel degelijk een interpretatief kader voor de beoordeling van specifieke gevallen.

EBM wordt tegenwoordig — en naar de mening van de commissie terecht — veel ruimer omschreven dan tijdens haar opkomst meer dan tien jaar geleden. Naar de huidige opvattingen gaat het om het toepassen van epidemiologische gegevens met inachtneming van wat professionals zelf aan betekenisvolle overwegingen inbrengen, zoals pathofysiologische kennis, klinische ervaring en voorkeuren van patiënten. Anders gezegd, de inzet van epidemiologische evidentie — al dan niet in de vorm van richtlijnen — vraagt om afwegingen — al dan niet in samenspraak met de patiënt — die voor die specifieke situatie zijn vereist. Het gaat in de klinische praktijk steeds om het kunnen aanbrengen van een betekenisvolle samenhang tussen verschillende soorten gegevens, waarbij context-specifieke koppelingen worden gemaakt tussen ‘weten hoe’ en ‘weten dat’. Dat is de kernkarakteristiek van de professionele kennis en kunde.

3.3 Professionele kennis en kunde

Het toepassen van objectieve vakkennis in specifieke situaties is een professionele vaardigheid die ‘al doende’ wordt ontwikkeld (Era94). Deels gaat het om expliciete kennis uit handboeken, wetenschappelijke literatuur, gegevensbestanden en dergelijke, deels om impliciete ‘ervaringskennis’ die in de loop van de tijd in uiteenlopende praktijksituaties en in talloze patiëntencontacten is opgebouwd. Het kunnen aanbrengen van die samenhang is een vaardigheid die moet worden aangeleerd. Telkens zijn bij dat ordeningsproces een scherp oog voor details en een goede beoordeling van de zeggingskracht van ongelijksoortige gegevens vereist.

Epidemiologische kennis biedt het voordeel van vergelijkingsmogelijkheden met min of meer verwante klinische situaties, maar heeft als prijs dat er — zoals al gezegd — is geabstraheerd van een grotere of kleinere verzameling patiënt-specifieke kenmerken en van lokatie-specifieke omstandigheden. Het hoort bij de individuele professionele kennis om de ‘vertaalslag’ te kunnen maken van het generieke naar het specifieke.

Als het thema ‘vertaalslag’ ter tafel komt, blijft het meestal bij betrekkelijk vage aanduidingen. Maar het redeneerproces van medische professionals, en dan voornamelijk

het diagnostisch proces, geniet al lang grote belangstelling. In vogelvlucht bezien lopen de ontwikkelingen vanaf het onderzoek van Elstein en collega's dat het zogeheten hypothetico-deductieve model opleverde (Els78), via het onderzoek naar de functie van het lange- en korte termijngeheugen bij het medisch probleemoplossen, naar de vraag hoe medische professionals in hun dagelijkse werk beslissingen nemen (Pat96). In de eerste twee fasen werd het onderzoek voornamelijk 'onder laboratoriumomstandigheden' uitgevoerd. Dat leverde vooral informatie op over de manier waarop 'schoolkennis' in het geheugen is georganiseerd, over redeneerstrategieën, patroonherkenning en domeinspecifieke afbakening van kennis en kunde. Deze bevindingen hebben sterk bijgedragen aan het begrijpen van de wijze waarop en de condities waaronder professionele kennis en kunde worden aangeleerd (Abr99). Recent heeft men het onderzoek uitgebreid naar de werkplek. Dit laatste wordt ook wel getypeerd als onderzoek naar de 'werkelijke wereld van de praktijkvoering'. Hier spelen, naast professionele socialiserings- en onderwijskundige theorieën, ook filosofische noties over het type kennis dat in de medische praktijk aan de orde is, een belangrijke rol. Het onderzoek is eerder kwalitatief dan kwantitatief van aard en men maakt bijvoorbeeld veelvuldig gebruik van antropologische en etnografische onderzoeksmethoden (Pat96).

Hoewel er verschillen in opvatting zijn over het precieze verloop van medisch- professionele redeneer- en beslissingsprocessen, is wel een algemene karakterisering mogelijk (Ora93). In de eerste plaats gaat het vaak om slecht gestructureerde problemen. Het nemen van beslissingen is lastig en er is zelden sprake van heldere alternatieven. Bovendien kunnen verschillende behandelopties met elkaar interfereren. In de tweede plaats moeten beslissingen vaak genomen worden in het licht van tegenstrijdige of onvolledige informatie. Soms wordt het probleem nog schimmiger door de snel veranderende situatie van de patiënt. Dat betekent, ten derde, dat een gekozen volgorde van interventies dikwijls herzien moet worden. Daarbij komt de moeilijkheid dat niet altijd duidelijk is vast te stellen of de waargenomen effecten na een bepaalde interventie inderdaad gevolgen van de interventie zijn of nog voortvloeien uit het onderliggende gezondheidsprobleem. In de vierde plaats zijn bij lastige medische problemen doorgaans professionals van verschillende disciplines betrokken, die niet allen een gelijkkluidende mening hoeven te hebben over de te ondernemen interventies. Een beslissing moet liefst door alle betrokkenen onderschreven worden. Dat vraagt overleggen, overreden en overtuigen. En ten slotte is er altijd de druk van de tijd.

Medische professionals voelen zich het meest thuis bij deterministische, op pathofysiologische inzichten en persoonlijke ervaringen stoelende, betooglijnen (Tan94). Dat wil zeggen, ze pogen telkens betekenis te geven aan een bepaalde situatie door de onderliggende samenhang van zaken die naar hun kennis en ervaring de conditie van de patiënt bepalen, aan het licht te brengen. Sommige filosofen menen dat het redeneren en beslis-

sen van medische professionals daarmee veel weg heeft van ‘de kunst van het interpreteren’ zoals die in diverse menswetenschappen een ruime plaats inneemt (Ber91, War86, Wul90). Probabilistische informatie lijkt vooral te worden gebruikt om riskante handelingen te vermijden. Met andere woorden, het generieke en probabilistische heeft eerder een randvoorwaardelijk karakter, terwijl vooral het specifieke als kompas dient (Tan94).

3.4 De lerende professional

Steeds vaker komt de noodzaak van een vruchtbare synthese tussen pathofysiologisch redeneren en het incorporeren van epidemiologische gegevens ter sprake. Tegelijkertijd onderkent men dat het bewerkstelligen van een passende integratie van heterogene gegevens lastig is. In verschillende recent verschenen artikelen wordt een lans gebroken voor een meer structurele benadering van wat vaak zo losjes als ‘de vertaalslag’ wordt aangeduid. Die artikelen bevatten een pleidooi voor bevordering van de argumentatieve vaardigheden van artsen (Dic98, Gre97, Hor98). Hierbij gaat het om een ordelijke rangschikking, bespreking en weging van onderscheiden categorieën gegevens volgens inzichten uit de argumentatieleer (Tou76). Men moet zich zulke redeneerschema’s niet voorstellen als een nieuw kookboek dat bij wijze van spreken aan richtlijnen nog andere receptuur toevoegt, maar eerder als een houvast bij de omgang met ongelijksoortige medische gegevens, onzekerheden daarin, voorkeuren van patiënten en organisatorische randvoorwaarden. Zoals de commissie eerder opmerkte gaat het daarbij om EBM in de ruime betekenis die velen er tegenwoordig aan geven.

Iedere keer wanneer nieuwe inzichten ontstaan zal er discussie zijn over de status van de evidentie. Daarachter ligt de vraag waar gecodificeerde informatie behulpzaam is en waar de professional vooral moet putten uit ervaringskennis. Aan de orde is het voortdurend speuren naar de best beschikbare informatie ter optimalisering van de patiëntenzorg: de lerende professional. Leren door professionals is zo geen losstaande activiteit, maar een onderdeel van het dagelijks handelen. Leren betekent niet alleen dat de eigen kennis met iets ‘van buitenaf’ wordt aangevuld; het is evenzeer herbezinning op de eigen ervaringskennis onder invloed van nieuwe informatie. Veranderingen aanbrengen in professionele kennis is dus lastig omdat zoiets in feite ook vraagt om ‘deconstructie’ en ‘ontrotinisering’ van de opgebouwde ervaring, om ruimte te maken voor het invouwen, het implementeren, van nieuwe inzichten. Bevindingen uit het evaluatieonderzoek naar professionele na- en bijscholing, die aangeven dat gedragsverandering bewerkstelligd kan worden via interactieve modaliteiten waarbij een duidelijk beroep wordt gedaan op de eigen inbreng van de deelnemers, sluiten hier goed bij aan.

Leren door professionals betekent in de ogen van de commissie ook dat zij de eigen praktijk met een epidemiologische bril op moeten bezien en de eigen waarnemingen en ervaringskennis *systematisch* doordenken. Het woord *systematisch* impliceert dat het

trekken van conclusies uit praktijkgegevens aan de relevante statistische vereisten moet voldoen. Praktijkkennis als informatiebron is dus méér dan de optelsom van in tijd en plaats verschillende waarnemingen. Informatietechnologie is een belangrijke ondersteuning. Door de sterk verbeterde automatiseringsmogelijkheden kunnen professionals in toenemende mate de eigen praktijkgegevens vastleggen en evalueren, bijvoorbeeld via het elektronische patiëntendossier. De registratie- en zoeksystemen worden steeds gebruikersvriendelijker en komen meer en meer tegemoet aan de praktische behoeften in de dagelijkse praktijk (Bin00, Gar98a, Hun98). Deze systematisch vergaarde praktijkkennis vormt een essentiële aanvulling op de ‘van buiten’ komende kennis uit RCT’s. De commissie meent dat beroepsverenigingen en de overheid dit praktijkonderzoek de komende jaren zouden moeten stimuleren en faciliteren.

Kwaliteit van zorgprocessen in organisaties

In het vorige hoofdstuk stond de individuele professional met zijn kennis en kunde centraal. In dit hoofdstuk besteedt de commissie aandacht aan de inbedding van professionals in organisatorische verbanden. De laatste jaren is een ontwikkeling waar te nemen naar toenemende vervlechting van zorgpraktijken. 'Zorgprocessen' en 'zorgketens' waarbij professionals van verschillende disciplines en van verschillende praktijken betrokken zijn, worden eerder regel dan uitzondering. Ook de overheid streeft doelbewust de totstandkoming van grotere zorgverbanden na. Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling naar transmurale zorg.

4.1 Netwerken

Professionals in de gezondheidszorg krijgen steeds meer te maken met netwerken waarin zij, behalve belangenbehartiger van de eigen patiënten, ook actor temidden van andere actoren zijn en geconfronteerd worden met uiteenlopende belangen. Professionele kennis en kunde is en blijft de belangrijkste component van hun handelen, maar ook sociale vaardigheden en een coöperatieve attitude zijn dan in het geding. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat optimalisering van het zorgproces vraagt om logistieke veranderingen of om een andere toewijzing van verantwoordelijkheden en taken. Illustratief hiervoor is de behandeling op de *intensive care* (IC) afdeling (Kla99). In het verleden werkten hier verschillende specialisten zonder dat er sprake was van een duidelijke eindverantwoordelijkheid. Samenwerking was voornamelijk een kwestie van persoonlijke opvattingen daarover. Tegenwoordig plaatsen ziekenhuizen vaak een intensivist aan het hoofd van de IC. Van ge-

heel andere aard, maar eveneens te rangschikken onder de noemer ‘netwerken’, is de toenemende formalisering van de betrokkenheid van specialisten bij het management. Onder de vlag van ‘management-participatie’ wordt de beroepspraktijk steeds meer een geïntegreerd onderdeel van de ziekenhuispraktijk.

De huisartsen organiseren zich steeds vaker in huisartsgroepen waarbinnen sprake is van differentiatie naar specifieke aandachtsgebieden, bijvoorbeeld diabetes, CARA of psychische problemen. Gesteund door overheidsbeleid zijn LHV en NHG bovendien druk doende een wijze van praktijkvoering voor te bereiden waarbinnen de praktijkverpleegkundige een belangrijke plaats zal krijgen, onder meer bij de periodieke controle van patiënten en bij preventie-activiteiten.

De snel voortschrijdende informatietechnologie kan de traditionele praktijkvoering verder terugdringen (Kla00). Nu worden patiënten voor hooggespecialiseerde zorg nog verwezen naar andere behandelaars op andere locaties en verloopt specialistische kennisoverdracht vaak nog via persoonlijke consulentschappen. Informatiseringsmogelijkheden zullen de doorgeleiding van kennis echter steeds verder verruimen en vergemakkelijken. Specialistische kennis zal ook op andere locaties beschikbaar komen en netwerken van kennis en zorg zullen steeds belangrijker worden.

4.2 Integraal kwaliteitsmanagement

De ontwikkeling naar grotere organisatorische verbanden is niet los te zien van de toenemende aandacht voor verbetering van de kwaliteit van de *proceskant* van de zorgverlening. Daarmee zijn organisatie- en managementconcepten ook van betekenis geworden voor de gezondheidszorg. Zo introduceerde Berwick bijvoorbeeld een concept uit het bedrijfsleven, *total quality management* (integraal kwaliteitsmanagement), in de gezondheidszorg (Ber89). De reden was het ongenoegen van velen in de Amerikaanse gezondheidszorg met de heersende opvattingen over management in zorginstellingen. In zijn spraakmakend artikel de “Bad Apple Theory” beschrijft Berwick hoe managers onder het mom van kwaliteitsverbetering impliciet of expliciet het idee van ‘de rotte appel in de mand’ uitdragen, door manco’s in de kwaliteit van de zorgverlening voornamelijk toe te schrijven aan gebrekkige inzet van de medewerkers. Zij willen verbeteringen afdwingen door allerlei beheersinstrumenten in te zetten die stoelen op meetbare parameters, zonder er oog voor te hebben dat belangrijke elementen in de zorgverlening, zoals steun geven, troosten en betrokkenheid tonen, zich niet eenvoudig laten meten. Met het introduceren van integraal kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg hield Berwick een pleidooi voor het discipline- en afdelingsoverstijgend aaneenschakelen van de delen van een zorgproces. De gedachte is dat niet alleen individuele handelingen en beslissingen tellen voor een goed resultaat, maar evenzeer het verloop van een proces door de hele organisatie heen. Daarmee is ook de interactie tussen verschillende elementen van een zorgproces

bepalend voor de kwaliteit. Een dergelijke integrale benadering vraagt een grote bijdrage van allen in termen van overleggen, afstemmen en samenwerken. Dat is de ene pijler. De andere is een sterk initiërende en faciliterende rol van het management: managers moeten in de eerste plaats als 'leider' van veranderings- en samenwerkingsprocessen optreden en niet als 'inspecteur' zoeken naar missers in het professionele handelen. Voor de gezondheidszorg staan zaken als een 'patiëntgerichte visie', 'betrokkenheid bij en respect voor de professionele praktijkvoering' en 'continue en systematische monitoring van praktijkvoering' centraal (Ber95, Blu98, Laf89, Sche00). Of zoals anderen zeggen: leidinggeven in de gezondheidszorg zou eerder moeten berusten op overreden en overtuigen dan op controleren; meer op inspireren dan op macht uitoefenen; meer op samenhang brengen tussen groepen en delen van de organisatie dan op sturen; meer op onderhandelen dan op willen uitvoeren (Min99).

Integraal kwaliteitsmanagement heeft de afgelopen tien jaar grote invloed gehad op het kwaliteitsbeleid in instellingen. Hoewel het concept lastig integraal is vorm te geven, is men er dikwijls in geslaagd (delen van) het concept in delen van de organisatie in te voeren (Wal97). Kritische kanttekeningen zijn er echter ook te maken. Ze betreffen in hoofdzaak het feit dat de door het management geïnitieerde kwaliteitsprojecten te vaak een louter organisatorisch karakter hebben en er te weinig aandacht is voor het individuele vakmanschap. Het beheersmatige in het kwaliteitsdenken en het veranderen van interne structuren in de hoop daarmee de spanning tussen management en professionals te verminderen, lijken tot nu toe de overhand te hebben gehad (Cas98, Meu97). In een systematische literatuuranalyse konden geen duidelijk bewijzen worden gevonden voor positieve effecten van integraal kwaliteitsmanagement op de feitelijke zorgverlening, hetzij in termen van gezondheidsuitkomsten, hetzij in ervaren gezondheidswinst (Sho98). Anderen wijzen er op dat het meten van uitkomsten van niet-medische activiteiten bij patiënten altijd lastig is en dat het succes of falen van integraal kwaliteitsmanagement in hoge mate samenhangt met 'leiderschap' (Blu98, Min99, Wal97).

4.3 De lerende organisatie

Over de spanning tussen management en professionals heersen in het bedrijfsleven tegenwoordig andere opvattingen dan een jaar of tien geleden. Het is te simplistisch om die spanning op te vatten als een onvermijdelijkheid. Begrippen als kennisintensieve organisaties en kennisnetwerken getuigen van die veranderende kijk op de relatie tussen professionals en organisatie (Weg97). Niet de tegenstelling staat centraal, maar de vraag hoe de productie, verspreiding en toepassing van kennis bevorderd kunnen worden om gemeenschappelijke doelstellingen te bereiken. Dit streven wordt wel verwoord onder de noemer 'lerende organisatie'. De term is meer dan twintig jaar geleden geïntroduceerd door mensen als Argyris en Schön (Arg79). Noties uit de psychologie en de sociologie

die de karakteristieken van professionele kennis en kunde, het leren door professionals, en hun ambities en loyaliteit enerzijds belichten en anderzijds bij het management vooral leiderschap en vertrouwen in de kwaliteit van de professionals benadrukken, zijn daarbij belangrijke oriëntatiepunten. Het concept begint nu ook in de gezondheidszorg ingang te vinden (Dav00, Gar99).

Met het begrip 'lerende organisatie' wordt in het algemeen bedoeld op een verzameling mensen van wie de meesten besloten hebben met elkaar eenzelfde, voor hen toetsbaar ideaal of doel na te streven (Weg97). Het centrale idee is dat in een organisatie alle medewerkers, ieder op het eigen niveau, kennis hebben die de organisatie als geheel ten goede kan komen. Het mobiliseren van die kennis is de kerntaak van de leiding van een organisatie. De organisatie als geheel is gebaat bij een klimaat waarin de gemobiliseerde kennis systematisch wordt uitgedragen, terwijl ingeslepen gewoontes en werkwijzen ter discussie worden gesteld en nieuwe werkvormen aangeleerd.

Het concept van de 'lerende organisatie' sluit in die zin goed aan bij de opvatting dat EBM moet steunen op een ononderbroken professioneel leerproces. Als een verbijzondering van dit leerproces kan men het zogenoemde Breakthrough-model beschouwen. Dit model is in de Verenigde Staten succesvol gebleken (Kil98) en wordt inmiddels ook toegepast in Zweden, Noorwegen, Engeland. Onder de naam DOORBRAAK-programma begeleidt het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO deze werkwijze in Nederland.

In dit concept staat het zorgproces centraal. De professionele praktijkvoering vormt de motor voor het optimaliseren van dat proces. Men hanteert als uitgangspunt het bestaan van een kloof tussen beschikbare kennis en de dagelijkse praktijk. Tegelijkertijd zijn er voorbeelden bekend, *best practices*, waaruit blijkt dat het toepassen van bepaalde nieuwe inzichten in de dagelijkse praktijk tot verbetering van het zorgproces heeft geleid. Uit deze *best practices* destilleren deskundigen principes die door anderen kunnen worden overgenomen en aan hun lokale omstandigheden aangepast. In deze benadering herkent men bevindingen uit het implementatie-onderzoek. Men kopieert niet klakkeloos wat elders werd ontdekt, maar men herontdekt, toegerust met een adequaat instrumentarium, mogelijkheden voor verbetering van het zorgproces in de eigen organisatie. Als verscheidene zorginstellingen, op deze wijze methodologisch ondersteund, hetzelfde zorgproces terzelfder tijd ter hand nemen, werkt dat stimulerend, omdat men tussentijds vorderingen en resultaten kan uitwisselen. Richtlijnen kunnen ook op deze wijze in het lokale zorgproces worden verwerkt. Essentieel bleek immers dat richtlijnen aspecten bevatten die relevant zijn voor de dagelijkse praktijk en ruimte laten voor lokale variaties.

Een tweede element waaraan dit concept tegemoet komt is het tegengaan van het zogenoemde *not-invented-here* syndroom. Professionals zijn gevoelig voor mogelijkheden de eigen ervaring in een project in te brengen.

Een derde — maar zeker niet minder belangrijk — element is dat het centraal stellen van het zorgproces dwingt tot samenwerking tussen verschillende groepen professionals. Bij de professionals zelf dringt ook het besef door dat solistisch optreden achterhaald raakt; sterker nog, dat zij belangrijke actoren zijn bij het organiseren van nieuwe vormen van patiëntenzorg. Dat was reden voor de *Annals of Internal Medicine* in 1998 te beginnen met een serie onder de kop: *Physicians as leaders in improving health care* (Ber98). In een aantal artikelen krijgen professionals vanuit verschillende invalshoeken handreikingen voor een beter inzicht in de kernelementen van samenwerking, in de manier waarop ze gedeelde belangen kunnen behartigen, in de manier waarop organisatieprocessen verlopen en in de wijze van inbedding van (delen van de) organisaties in grotere netwerken (Cle98, Nol98, Rei98).

De ‘lerende organisatie’ staat of valt met samenwerking. Wat daarbij telt, is niet alleen de onderkenning dat mensen met verschillende achtergrond en functie relevante kennis en inzichten hebben, maar ook dat groepsdynamiek essentieel is om tot een gedeelde opvatting te kunnen komen over de aard, de ernst en de omvang van een probleem, om vervolgens de vragen en uitdagingen die daaruit voortvloeien aan te vatten (Gro97). Illustratief is de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en transmurale afspraken. Dat is een leerproces bij uitstek, zoals blijkt uit de evaluatie van de eerste Landelijke Transmurale Afspraak ‘Astma’ bij kinderen (Hul99). Het initiatief hiertoe werd genomen door het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NKV). De Afspraak is gebaseerd op de NHG-standaard over behandeling van kinderen met deze aandoening en op de consensus van de Sectie Kinderlongziekten van de NKV. Beide groepen hebben waardering voor het initiatief en beschouwen dit als een goede aanzet om tot regionale werkafspraken te komen. Maar ze zijn ook van mening dat nog wel een aantal drempels overwonnen moet worden. Het gaat onder meer over de vraag wie wanneer waarvoor verantwoordelijk is. Opvallend is het verschil in opvatting over de competentie van de huisarts. Volgens de kinderartsen zijn de huisartsen niet goed in staat om kinderen met ernstige exacerbaties te behandelen. De huisartsen zelf zien hier geen probleem. De verklaring moet, zo vermoeden de onderzoekers, deels gezocht worden in de verschillen tussen de patiëntenpopulaties die huisartsen en kinderartsen onder ogen krijgen.

Een ander voorbeeld vormen de herziene richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en preventie van complicaties tengevolge van diabetes (NDF/CBO98). Hier werkte De Nederlands Diabetes Federatie samen met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Inmiddels heeft ook de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) het initiatief genomen om met het NHG een samenwerkingsrichtlijn op te stellen voor de zorg bij patiënten met dementie en voor patiënten met decubitus (mondelijke mededeling). De commissie vindt dergelijke ontwik-

kelingen van groot belang. Ze wijzen er haars inziens op dat professionals het belang van samenwerking inzien, niet alleen met collega's, maar ook met patiënten.

Samenwerking heeft in de eerste plaats te maken met sociale interacties. Bevindingen uit het implementatie-onderzoek die het belang aangeven van communicatie met *peers* en van interactieve vormen van professionele na- en bijscholing, wijzen op sociale interactie als belangrijk bindmiddel tussen professionals. De commissie meent dat gezien moet worden in hoeverre disciplines die sociale interactie en kennisontwikkeling in organisaties tot hun onderzoeksterrein hebben gemaakt, bruikbare inzichten kunnen aandragen voor de gezondheidszorg, bijvoorbeeld als het gaat om het ontwikkelen van vaardigheden die nodig zijn voor goede professionele samenwerking over de grenzen van de eigen discipline of afdeling heen, of tot buiten de muren van de eigen organisatie.

De inbreng van de patiënt

Optimalisering van het zorgproces, kernthema van dit advies, is niet mogelijk zonder de inbreng van patiënten zelf. In beleidszaken verwoordt men de expliciete aandacht voor de betrokkenheid van patiënten doorgaans met termen als ‘zorg op maat’, ‘grotere patiëntenparticipatie’ en ‘kanteling van het zorgproces’. Ook bij professionals in de gezondheidszorg groeit het besef dat patiënten een belangrijke rol kunnen en moeten spelen bij het formuleren van wat goede en effectieve zorg is en bij het realiseren van gewenste veranderingen in het zorgproces. De zoektocht naar mogelijkheden om ook andere dan medisch wetenschappelijke gegevens in de richtlijnen in te passen weerspiegelt deze opvatting .

5.1 De mening van de patiënt

Tot nu toe heeft de betrokkenheid van patiënten bij het zorgproces voornamelijk vorm gekregen in medisch tuchtrecht, patiëntenwetgeving en klachtenprocedures. De uiteindelijke maat van de toepassing van wetenschappelijke en ervaringskennis, is echter de uitkomst van het handelen in de zorgpraktijk bij patiënten. De mondiger patiënt van tegenwoordig weet meer, hij kan zijn ideeën en gedachten over ziekte en ziektebeleving beter formuleren, zijn preferenties en prioriteiten beter aangeven. Bovenal heeft hij invloed op de eigen gezondheid: de effectiviteit van de verleende zorg hangt mede af van zijn gedrag (Gro99b).

Tevredenheid van patiënten met de verleende zorg wordt algemeen gezien als een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van de zorg. Tot nu toe werd die tevredenheid

hoofdzakelijk gemeten via vragenlijsten gebaseerd op criteria die blijken een recent overzichtsartikel niet altijd aansluiten bij wat patiënten werkelijk belangrijk vinden (Cle98). Onderwerpen als eten, parkeergelegenheid, een schone omgeving, beschikbare 'extra's' en dergelijke komen vaak uitgebreid aan de orde, maar in de meeste onderzoeken wordt weinig aandacht besteed aan onderwerpen als goed overleg, meebeslissen, respectvolle bejegening. Bovendien blijken de huidige operationalisering van het begrip 'satisfactie' nogal eens de bestaande verwachtingen van de onderzoekers te includeren. Uit hetzelfde overzichtsartikel blijkt dat patiënten zelf duidelijk onderscheid maken tussen 'materiële' zaken en de 'kwaliteit van de verleende zorg'. Maar ingewikkeld is dan weer dat de perceptie van de kwaliteit van zorg sterk varieert (Cle98). Patiënten kunnen tevreden zijn met zorg van onvoldoende kwaliteit en ontevreden met zorg van aantoonbaar goede kwaliteit. Uiteenlopende patiëntengroepen blijken ook verschillende zaken van belang te vinden voor hun kwaliteit van zorg.

De conclusie is tweeledig. De belangrijkste is dat het meten van ervaringen van patiënten veel complexer is dan het meten van consumentenervaringen in de marktsector, omdat een veel groter scala aan condities in de evaluatie moet worden betrokken. De andere conclusie luidt dat van de verkregen patiënteninformatie weinig of geen spoor is terug te vinden in beslissingen die buiten de directe arts-patiënt relatie liggen.

In informele zin heeft het accent op de positie van de patiënt wel tot creatieve vernieuwingen geleid, zoals interactieve vormen van informatievoorziening op video of CD-ROM, educatieve programma's om te leren omgaan met chronische aandoeningen, ook voor de partners van patiënten, methoden voor zelfdiagnostiek en -behandeling, informatieve websites op Internet enzovoorts (Gro99b). Ook het raadplegen van patiëntenpanels, het systematisch peilen van behoeften van patiënten voorafgaand aan bepaalde behandelingen horen nu tot de gebruikelijke methoden. Nog onduidelijk is in hoeverre al deze zaken uiteindelijk een aantoonbare bijdrage zullen leveren aan de kwaliteit van de zorg. Gedegen onderzoek naar de waarde ervan staat nog in de kinderschoenen (Wen98).

Meer duidelijkheid bestaat over de effecten van een consultstijl waarin systematisch aandacht wordt gegeven aan het vergroten van de rol van de patiënt bij het nemen van beslissingen over het eigen behandel- en zorgtraject. Verschillende gerandomiseerde onderzoeken laten zien dat meebeslissen kan leiden tot gunstiger gezondheidsuitkomsten (Gua98, O'Co99, Ric98). Maar een nuancering is ook zijn plaats. Het beeld is verre van homogeen. De afweging die bijvoorbeeld ernstig zieke patiënten maken tussen levensverlenging en de bijwerkingen van agressieve behandeling, met eventueel daarop volgende beperkingen, vertoont gedurende het ziekteproces veel meer variatie dan wel eens wordt aangenomen. Zij kunnen ook in relatief korte tijd van gedachten veranderen over hun persoonlijke 'kosten en baten' bij behandeling voor een ernstige aandoening als kanker (Tse95, Tse98).

Communicatie over de behandeling van voorkeur verloopt ook niet altijd even duidelijk omdat patiënten en artsen daar verschillend over denken. Zo neemt men gewoonlijk aan dat oudere vrouwen de vermindering door een borstamputatie gemakkelijker accepteren dan jonge vrouwen en dat radiotherapie voor hen bezwaarlijk is. Men onderzocht bij 50 vrouwen boven de zeventig jaar, bij wie voor het eerst borstkanker was vastgesteld, hoe zij daar zelf over dachten (San96). Na uitvoerige en herhaalde informatie werd de keuze voor behandeling aan hen overgelaten. Driekwart van de vrouwen koos voor een borstsparende operatie met adjuvante radiotherapie. Zij verdroegen de bestraling goed. Na 21 maanden follow-up bleek het deze groep vrouwen gemiddeld even goed te gaan als de jongere vrouwen in de controlegroep. Een ander voorbeeld is een onderzoek naar het soort levensreddende ingrepen die men — hier vormden patiënten en artsen de onderzoeksgroep — zou willen ondergaan in geval van plotseling verslechterende situatie. Ernstig zieke patiënten bleken vaker reanimatie te wensen dan hun artsen dachten en voor zichzelf wensten, terwijl zij kunstmatige voeding en toediening van vocht vaker afwezen (Sch93). In beide onderzoeken suggereren de onderzoekers, dat artsen de preferenties van patiënten beoordelen in het licht van wat zij zelf zouden wensen.

Het belang van de betrokkenheid van patiënten bij het formuleren van wat goede zorg is staat voor de commissie buiten kijf, temeer omdat steeds duidelijker wordt dat gemotiveerd en betrokken zijn bij de eigen behandeling belangrijke voorwaarden zijn voor verbetering van de gezondheidstoestand (Gro99b). Idealiter zouden richtlijnen, behalve wetenschappelijk solide, ook een weerspiegeling moeten zijn van de preferenties van patiënten. In de praktijk zal de diversiteit aan preferenties vermoedelijk groot zijn. Dat bemoeilijkt het expliciteren en operationaliseren van parameters en criteria die de wensen en waarden van patiënten zelf weerspiegelen. Hoe dat het best kan gebeuren is nog verre van duidelijk. Ook de vraag hoe deze criteria vervolgens in richtlijnen kunnen worden ingepast en of dat voor alle richtlijnen zou moeten gelden of voor bepaalde categorieën is nog niet beantwoord. De commissie wijst erop dat hier een groot en belangrijk onderzoeksterrein braak ligt. Maar er worden ook vorderingen gemaakt, bijvoorbeeld in het geval van de samenwerking tussen de Nederlandse Diabetes Federatie en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO bij het opstellen van eerder genoemde diabetes richtlijnen.

De commissie pleit er tevens voor de inbreng van patiënten ook op nog andere wijze vorm te geven. Wil men uiteindelijk richtlijnen kunnen ontwikkelen waarin patiënten zich 'herkennen' dan is hun inbreng in een vroege fase, namelijk bij het ontwerpen van onderzoeksvraagstellingen ook belangrijk. Onlangs is in de Verenigde Staten de *Association for Patient-Oriented Research* opgericht. De reden was de atrofie die zich in het patiëntgebonden onderzoek manifesteert als gevolg van het sterke accent op het basale biomedische onderzoek (Hir99) Dit accent is mede het gevolg van de financiering van het onder-

zoek. Vraagstellingen gegeneerd aan het ziekbed komen onvoldoende in aanmerking voor financiering en onderzoek naar wat patiënten zelf belangrijke uitkomsten van onderzoek vinden komt dientengevolge ook niet wasdom.

5.2 Partnerschap

‘Partnerschap’ is een nieuwe aanduiding voor de betrokkenheid van patiënten bij de zorgverlening (Cou99). ‘Partnerschap’ heeft ‘consument zijn’ verdrongen als oriëntering voor beleidsbeslissingen in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk, zo stelt de auteur van de editorial die een themanummer over patiëntenparticipatie in het *British Medical Journal* inleidt. In vrijwel alle artikelen luidt de conclusie dat de betrokkenheid van patiënten bij de zorgverlening zeer gewenst is, maar dat er nog heel weinig bekend is over de juiste manier om die betrokkenheid in de vele verschillende gedaanten waarin ze in het geding is, vorm te geven. David Sacket, de grondlegger van *evidence based medicine*, begon in Mei 2000 met een nieuwe serie onder de titel: ‘Why randomized controlled trials fail but needn’t’ (Sac00). Problemen en valkuilen bij de inclusie van patiënten in wetenschappelijk onderzoek zullen daarin een belangrijk rol spelen. Maar nadrukkelijk wil men ook aandacht besteden aan manieren waarop arts en patiënt gezamenlijk diens potentiële deelname aan de trial kunnen afwegen, door na te gaan of het voorgestelde onderzoek — naast betrouwbare medische gegevens — ook gegevens zal opleveren die door de desbetreffende patiënten zelf waardevol worden gevonden.

De commissie onderschrijft deze ontwikkeling naar grotere inbreng van patiënten van harte. Wil deze ontwikkeling uiteindelijk in al haar diversiteit gestalte kunnen krijgen in optimalisering van patiëntenzorg, dan zal onderzoek naar explicitering en onderbouwing van parameters en criteria die wensen en waarden van patiënten zelf weerspiegelen, nu grote aandacht moeten krijgen.

Slotbeschouwing

In de voorgaande hoofdstukken heeft de commissie elementen besproken die belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening: professionele kennis en kunde, de toenemende noodzaak tot samenwerking door vervlechting van zorgpraktijken en het steeds mondigder worden en beter geïnformeerd raken van patiënten. In dit slothoofdstuk brengt zij haar opvattingen vooral in verband met tweede vraag die haar is voorgelegd.

De adviesaanvraag richt zich in essentie op de vraag naar mogelijkheden om via richtlijnen de kloof tussen kennis en praktijk te overbruggen. Met kennis wordt dan vooral bedoeld op resultaten van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Daarmee sluit de adviesaanvraag nauw aan bij het MTA-beleidsdenken. Het is zinvol in deze slotbeschouwing nog eens enkele vooronderstellingen te belichten die daarmee samenhangen. Dan komen ook de begrenzingen van deze beschouwingswijze in beeld en wordt het belang van verbreding van de benadering van het implementatievraagstuk onderstreept.

Het eerste punt betreft het bijzondere karakter van de kennis die verkregen wordt uit klinisch epidemiologisch onderzoek en die zich vaak richt op de waarschijnlijkheidsrelaties tussen behandelingen en uitkomsten in termen van levensduur en gezondheid. In de tweede plaats speelt in de adviesaanvraag een bepaalde visie op professioneel handelen een rol. Men verwacht dat (medische) professionals in richtlijnen verpakte wetenschappelijke gegevens, op methodologisch juiste wijze verkregen en zorgvuldig geordend, als vanzelfsprekend in hun dagelijkse praktijk toepassen. Dat blijkt echter niet zonder meer het geval te zijn. In de derde plaats bestaat het beeld dat het professionele handelen zich als het ware in een eigen en tamelijk statische wereld afspeelt.

De commissie wijst er op dat richtlijnen meer zijn dan alleen maar 'verpakkingen' voor wetenschappelijk onderzoeksgegevens. Het verwerken van die gegevens in richtlijnen kan niet zonder het vellen van oordelen over wat wetenschappelijk genoegzaam is onderzocht, en wat relevant is in het licht van een beoogd doel. Daarnaast spelen altijd meningen een rol over de vraag hoe voor- en nadelen tegen elkaar moeten worden afgewogen om tot aanbevelingen te kunnen komen. Niet voor niets streeft men er in de derde-generatierichtlijnen naar — meer nog dan nu het geval is in de tweede-generatierichtlijnen — de doelen van de opstellers van richtlijnen en de gemaakte afwegingen te expliciteren, zodat deze te onderscheiden zijn van de wetenschappelijke onderbouwing. Dat implementatie van richtlijnen een zeer gemengd beeld laat zien, heeft hier blijkens de uitkomsten van implementatieonderzoek rechtstreeks mee te maken. Bovendien maken die uitkomsten duidelijk dat de praktijk van alle dag zeer complex is en beïnvloed wordt door tal van factoren buiten het domein van medisch-wetenschappelijke kennis. De pleidooien in de literatuur voor een verbreding van de analyse van het implementatievraagstuk zijn daarvan het logische vervolg. Diverse onderzoekers wijzen op de noodzaak daarbij inzichten te betrekken uit de sociale wetenschappen, de onderwijs- en organisatiekunde. De commissie deelt deze visie. Verbreding van de theoretische basis lijkt haar nu nodig.

Implementatie van nieuwe wetenschappelijke inzichten, hoe essentieel ook, is niet het einddoel. Het is een middel om goede patiëntenzorg te waarborgen. Voor goede patiëntenzorg zijn echter ook andere, actuele, ontwikkelingen van belang.

Professionals in de gezondheidszorg worden tegenwoordig geconfronteerd met zowel wetenschappelijke als maatschappelijke dynamiek. In de adviesaanvraag domineert de wetenschappelijke dynamiek langs lijnen van de MTA-cyclus. Centraal daarin staat de vraag hoe de aanbieders van zorg het best bewogen kunnen worden elders gegenereerde inzichten, al dan niet in de vorm van richtlijnen, in de praktijk toe te passen. Belangrijk voor het optimaliseren van het zorgproces acht de commissie evenwel ook *evidence based medicine* (EBM) als houding tegenover de beroepsuitoefening. EBM in zijn huidige vorm is een praktijkbenadering die probeert pathofysiologisch redeneren, klinische ervaringen en patiëntenpreferenties te integreren met bevindingen uit valide wetenschappelijk onderzoek. De professional wordt aangesproken op het onderbouwen van zijn professionele beslissingen en op een continu lerende houding. Uiteindelijk komt het aan op de vaardigheid een betekenisvolle samenhang te kunnen aanbrengen tussen verschillende soorten gegevens, waarbij context-specifieke koppelingen worden gemaakt tussen 'weten hoe' en 'weten dat'. De commissie spreekt in dit verband van een 'vertaalslag'. In deze visie past ook de opvatting dat goede praktijkvoering altijd een tweerichtingsverkeer is: systematisch inventariseren, analyseren en codificeren van praktijkkennis is een noodzakelijke aanvulling op de van buiten komende kennis uit *trials*.

Waar het de maatschappelijke dynamiek betreft, wijst de commissie op de toenemende vervlechting van zorgpraktijken en het steeds geïnformeerder en mondiger raken van patiënten. Het eerste brengt met zich mee dat de professional meer dan vroeger in grotere organisatorische verbanden, in netwerken, functioneert. Daarin is hij, behalve belangenbehartiger van de eigen patiënten, ook actor temidden van andere actoren. Daarmee neemt de *proceszant* een essentiële plaats in bij de inhoud en de kwaliteit van de zorgverlening. Deze ontwikkeling houdt in dat ook managementconcepten van belang zijn voor de gezondheidszorg. Het sleutelbegrip bij deze toenemende vervlechting is samenwerking. Leren samenwerken behoort niet tot het domein van de medisch-biologische kennisontwikkeling. Daarvoor zijn inzichten uit andere disciplines, bijvoorbeeld sociale wetenschappen en organisatiekunde, waardevol.

Het steeds verder naar de voorgrond tredende patiëntenperspectief hoort ook bij deze tijd. Patiënten krijgen steeds meer kennis over medische zaken en verwoorden hun wensen en preferenties steeds beter. Terecht willen zij een grotere betrokkenheid bij het formuleren van wat goede zorg is. Dat dit vooral belangrijk is omdat bij uitstek de patiënt invloed heeft op de eigen gezondheid en omdat de effectiviteit van de verleende zorg mede afhangt van diens gedrag, wordt steeds duidelijker. Moderne communicatiemiddelen zullen deze bewegingen versterken.

Als men de zojuist aangeduide ontwikkelingen in aanmerking neemt, krijgt het wetenschappelijke aspect zijn inbedding in een maatschappelijke en dynamische beschouwingwijze. De centrale vraagstelling verschuift van implementatie van richtlijnen naar optimalisering van de patiëntenzorg. De commissie realiseert zich dat zij hiermee een heroriëntatie bepleit op het implementatievraagstuk zoals dat verwoord is in de adviesaanvraag. Het is haar op dit moment nog niet mogelijk aan te geven welke van de besproken terreinen de meest aandacht zouden moeten krijgen, omdat uitkomsten van empirisch onderzoek naar de waarde die inzichten uit de sociale wetenschappen, de onderwijskunde en de organisatiekunde voor de gezondheidszorg kunnen hebben nog gedeels ontbreken.

Den Haag, 20 juli 2000,
voor de commissie

drs JH Stegeman,
secretaris

dr TED van der Grinten,
voorzitter

Literatuur

-
- Abr99 Abrahamson S, Baron J, Elstein AS, e.a. Continuing medical education for life: eight principles. *Aca Med* 1999; 74(12): 1288-94.
- Arg79 Argyris C, Schön D. *Organizational learning*. London: Addison-Wesley, 1997.
- Ber89 Berwick DM. Sounding board; continuous improvement as an ideal in health care. *N Eng J Med* 1989; 320: 53-6.
- Ber91 Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Center Report* 1991; 6-11.
- Ber95 Berg M. *Rationalizing medical work; decision support techniques and medical practices* (proefschrift). Maastricht: RU Limburg; 1995.
- Ber98 Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, e.a. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *Br Med J* 1998; 317: 465-8.
- Bin0 Bindels R, Winkens RA, van Wersch JWW, e.a. Computer helpt huisarts beslissen; een reminder-systeem om het aanvraaggedrag van huisartsen te beïnvloeden. *Med Contact* 2000; 55(23): 851-4.
- Blu98 Blumenthal D, Kilo CM. A report card on continuous quality improvement. *Milbank Q* 1998; 76(4): 625-48.
- Bos97 van de Bos GAM, Bossuyt-Pmm. Richtlijnen voor zorg. *TSG* 1997; 75(1): 37-9.
- Bro98 Brophy JM, Joseph L. Practice variations, chance and quality of care. *CMAJ* 1998; 159: 949-52.
- Cab99 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, e.a. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282(15): 1458-65.
- Cas98 Casparie A. Sturen op kwaliteit: via de professional of op het systeem? *Kwaliteit Zorg* 1998; 6: 151-4.
- Cas99 Casparie AF. De kosten van doelmatig handelen. *Med Contact* 1999; 54(33/34): 1129-33.
-

- Cha97 Charlton BG. Restoring the balance: evidence-based medicine put in its place. *J Evaluation Clinical Practice* 1997; 3(2): 87-98.
- Cha99 Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc sci Med* 1999; 49: 651-61.
- Cle97 Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality; incorporating consumer perspectives. *JAMA* 1997; 278(19): 1608-12.
- Cle98 Clemmer TP, Spuhler VJ, Berwick DM, e.a. Cooperation: the foundation of improvement. *Ann Intern Med* 1998; 128(12): 1004-9.
- Clu99 Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, e.a. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Quality Health Care* 1999; 11(1): 21-8.
- Cou99 Coulter A. Paternalism or partnership? patients have grown up-and there's no going back. *Br Med J* 1999; 319: 719-20.
- Cro99 Crommentuyn R. NHG-standaard osteoporose: breekbaar of schokbestendig? Osteoporose is en blijft een controversieel onderwerp. *Med Contact* 1999; 54(10): 336-9.
- Dav00 Davies HTO, Nutley SM. Developing learning organisations in the new NHS. *Br Md J* 2000; 320: 998-1001.
- Dav95 Davidoff F, Haynes B, Sackett D, e.a. Evidence based medicine; a new journal to help doctors identify the information they need. *Br Med J* 1995; 310: 1085-6.
- Dav97 Davis DA, Taylor-Vaisey A. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J* 1997; 157: 408-16.
- Dav99 Davis D, Thomson O' Brien MA, Freemantle N, e.a. Impact of formal continuing medical education. *JAMA* 1999; 282: 867-74.
- Day98 Day P, Klein R, Miller F. *Hurdles an levers; a comparative US-UK study of guidelines*. London: Nuffield-Trust, 1998.
- Dic98 Dickinson HD. Evidence-based decision-making: an argumentative approach. *Int J Med Informatics* 1998; 51: 71-81.
- EHC94 Effective Health Care. *Implementing clinical guidelines: can guidelines be used to improve clinical practice?* Leeds: University of Leeds, 1994.
- Els78 Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA, e.a. *Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning*. London, 1979. (ISBN 0.674.56125.2).
- Era94 Eraut M. *Developing professional knowledge and competence*. Londen: Falmer-Press, 1994.
- Fie90 Field MJ, Lohr KN, red. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Institute of medicine. Washinton: National Academy Press, 1990.
- Gar98a Garibaldi RA. Computers and the quality of care - a clinician's perspective. *N Eng J Medicine* 1998; 338(4): 259-60.
- Gar98b Garside P. Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management. *Quality Health Care* 1998; 7(Suppl): S8-S15.
- Gar99 Garside P. The learning organisation: a necessary setting for improving care? *Quality Health Care* 1999; 8: 211.
-

- Ged97 Geddes JR, Harrison PJ. Closing the gap between research and practice. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 220-5.
- Gif96 Gifford F. Outcomes research and practice guidelines; upstream issues for downstream users. *Hasting center report* 1996; (March/April): 38-44.
- GR98 Gezondheidsraad. Preventie van aan osteroporose gerelateerde fracturen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1998; publicatienr. 1998/05.
- Gre97 Greenhalgh T. How to read a paper; Statistics for the non-statistician. II: 'significant' relations and their pitfalls. *Br Med J* 1997; 315: 422-5.
- Gri93 Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-22.
- Gri94 Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality Health Care* 1994; 3: 45-52.
- Gro90 Grol R, van Everdingen JJE, Kuipers F, e.a. Consensus over consensus: een kritische beschouwing van de procedure van de CBO-consensusontwikkeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1186-9.
- Gro97 Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *Br Med J* 1997; 315: 418-21.
- Gro99a Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, e.a. Welke kenmerken van richtlijnen zijn van invloed op toepassing in de praktijk? *Huisarts Wet* 1999; 42(7): 303-6.
- Gro99b Grol RPTM. Effectieve en doelmatige zorg; feit of fantasie? (Oratie). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.
- Gro99c Grover SA. Estrogen replacement for women with cardiovascular disease: Why don't physicians and patients follow the guidelines? *JAMC* 1999; 161(1): 42-43.
- Gua98 Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47(3): 329-39.
- Hir99 Hirsch J. An association for patient-Oriented research. *Ann Intern Med* 1999; 130: 1014-7.
- Hor98 Horton R. The grammar of interpretive medicine. ? 1998; 158: 245-9.
- Hor99 Horton R. The Information wars. *Lancet* 1999; 335: 164-5.
- Hul99 Hulshof NA, Geijer RMM, van Suijlekom-Smit, e.a. Twee kapiteins op één schip? de landelijke transmurale afspraak 'Astma bij kinderen'. *Med Contact* 1999; 54(10): 340-43.
- Hun98 Hunt DL, Haynes B, Hanna SE, e.a. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes. *JAMA* 1998; 280(15): 13339-46.
- Kil98 Kilo CM. A Framework for collaborative improvement: lessons from the institute for healthcare improvements's breakthrough series. *Qual Manag Health Care* 1998; 6(4): 1-13.
- Kis97 Kistemaker JWG, Klazinga NS, Meulenberg J, e.a. Zorgbehoefte vanuit het professionele perspectief. (Uit boek; VI Zorgbehoefte en zorggebruik). In: RIVM. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997. Bilthoven: RIVM, 1997: 137-8.
- Kla99 Klazinga N, e.a. Onderzoek naar passende medische zorg. *Spectrum* 1999; 77(7): 368-79.
- Kla0 Klazinga NS, van Everdingen JJE. The Cochrane conspiracy. 8-9.
- KNMG00 KNMG, de Neeling JND. Richtlijnen en keuzen in de zorg; eindrapport KNMG-project Passende medische zorg. Utrecht: KNMG, 2000.

- Kno97 Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine; Future research methods must find ways of accommodating clinical reality, not ignoring it. *Br Med J* 1997; 315: 1109-1110.
- Koe96 Koelemay MJW, Bossuyt PMM, Gouma DJ. Implementatie van richtlijnen voor klinisch handelen op een afdeling chirurgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 140(49): 2459-63.
- Laf89 Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 1989; 262(20): 2869-73.
- Log96 Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet* 1996; 347: 595-98.
- Lom91 Lomas J. Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. *Annu Rev Public Health* 1991; 12: 41-65.
- Mau99 Maudsley G. Do we all mean the same thing by "problem-based learning"? A review of the concepts and a formulation of the Ground rules. *Acad Med* 1999; 74(2): 178-85.
- Meu97 Meurs PL. Nobbels wilden; over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg. Driebergen: Adviseurs voor organisatie NUGI, 1997.
- Mie98 Miettinen OS. Evidence in medicine: invited commentary. *Can Med Assoc J* 1998; 158: 215-21.
- Mil98 Miller FH. The US experience: managed care organisations the key to implementation (Chapter 2) In boek: Hurdles and levers: a comparative US-UK study of guidelines. Londen, 1998; (Nuffield trust series no: 4): 47-68. (ISBN 1.902089.12.X).
- Min99 Mintzberg H. The challenge of management in health services. the 3rd international conference on the scientific basis of health services (closing the loop; evidence into health practice, organization and policy). Canada, Toronto, 1-3-1999.
- Mol99 Molenaar J. De goede dokter. Utrecht: uitgeverij Van Der Wees, 1999.
- Mou99 Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1999; 8: 177-185.
- Mul00 Mulder JH. Onderzoek naar doelmatigheid. *Med Contact* 2000; 55(22): 826-30.
- Nay95 Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995; 345: 840-2.
- CBO98 NDF/CBO00 NDF/CBO. Diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, diabetische voet hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Nederlandse Diabetes Federatie; Richtlijnen NDF/CBO, 1998.
- Nol98 Nolan TW. Understanding medical systems. *Ann Intern Med* 1998; 128: 293-8.
- NHS99 NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Effect Health Care* 1999; (feb).
- O'Co99 O'Connor A. Patient education in the year 2000: Tailored decision support, empowerment, and mutual an *Qual Health Care* 1999; 8: 5.
- Ora93 Orasanu J, Connolly T. The reinvention of decision making. In: Klein GA, Orasanu J, e.a. red. *Decision making in action: Models and methods*. Norwood, NJ: Ablex, 1993: 3-20.

- Pat96 Patel VL, Kaufman DR, Magder SA, e.a. The acquisition of medical expertise in complex dynamic environments. In: Ericsson KA, red. The road to excellence; the acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games. USA 1996: 127.
- Pec00 Peck c, McCall M, McLaren B, e.a. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. Br Med J 2000; 320: 432-5.
- Rei98 Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. Ann Inter Med 1998; 128(10): 833-8.
- Rei98 Reiser SJ, Anbar M. The machine at the bedside; strategies for using technology in patient care. In: Cambridge; UK, 1998: 1-19.
- Ric98 Richards T. Partnership with patient. Br Med J 1998; 316: 85-6.
- RGO99 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies medical technology assessment; deel 2, prioriteiten in het MTA-onderzoek. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1999; (adviesnr: 20).
- Sac97 Sackett KL, Richardson WS, Rosenberg W, e.a. Evidence-based medicine how to practice and teach EBM. New York, 1997.
- Sac00 Sackett DL, Hoey J. Why randomized controlled trials fail but needn't: a new series is launched. Can Med Assoc J 2000; 162(9): 1301-2.
- San96 Sandison AJP, Gold DM, Wright P, e.a. Breast conservation or mastectomy: treatment choice of women aged 70 years and older. Br J Surg 1996; 83: 994-6.
- Sch93 Schneiderman LJ, Kaplan RM, Pearlman RA, e.a. Do physicians own preferences for life-sustaining treatment influence their perceptions of patients preferences? J Clin Ethics 1993; 4: 28-32.
- Sch94 Schellevis FG, van Eijck JThM, van de Lisdonk EH, e.a. Implementing guidelines in general in general practice: evaluation of process and outcome of care in chronic disease. Int J Qual Health Care 1994; 6: 257-66.
- Sch99 Schellekens W. Doorbraakserie. Kwaliteitinstituut voor de gezondheidszorg, 1999.
- Sch00 Schellekens WMLCM. Een passie voor patiënten. Med Contact 2000; 55(12): 412-4.
- Sho98 Shortell s, Bennet C, Byck G. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. Milbank Quaterly 1998; 76(4): 593-624.
- Spi99 Spies T, Mokkink H, Grol R. Toetsing aan standaarden. Nijmegen: WOK, 1999.
- Tan94 Tanenbaum SJ. Knowing and acting in medical practice: the epistemological politics of outcomes research. J Health Polit Policy Law 1994; 19(1): 27-44.
- Tho98 Thomas LH, McColl E, Cullum N, e.a. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations. Qual Health Care 1998; 7: 183-191.
- Ton98 Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. Acad Med 1998; 73(12): 1234-40.
- Ton99 Tonelli MR. In defense of expert opinion. Acad Med 1999; 74(11): 1187-92.
- Tou76 Toulmin S. Knowing and Acting. New York: Macmillan, 1976.
- Tse95 Tsevat J, Cook F, Green ML, e.a. Health values of the seriously III. Ann Intern Med 1995; 122: 514-20.
- Tse98 Tsevat J, Dawson NV, Wu AW. Health values of hospitalized patients 80 years or older. JAMA 1998; 5: 371-5.

- Van98 Vandenbroucke JP. Observational research and evidence-based medicine: what should we teach young physicians? *J Clin Epidemiol* 1998; 51(6): 467-72.
- VWS97 Borst-Eilers E. Ministerie VWS. Medische technology assessmen en doelmatigheid van zorg (brief). Rijswijk; VWS, 1997; (CSZ/EZ-974801).
- Wal97 Walburg JA. Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg: van inspecteren naar leren. Deventer: Kluwer, 1997.
- War86 Wartofsky MW. Clinical judgment, expert programs, and cognitive style: a counter-Essay in the logic of diagnosis. *J Med Philos* 1986; 11: 81-92.
- Weg97 Weggeman M. Kennismanagement inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties. Schiedam: Scriptum, 1997.
- Wel00 Welch HG, Lurie JD. Teaching evidence-based medicine: caveats and challenges. *Acad Med* 2000; 75(3): 235-.
- Wen98 Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998; 991-7.
- Wie99 Wiersma T. Standaardisering van zorg en de arts-patiëntenrelatie: wel verzakeling , geen bedreiging. *Huisarts Wet* 1999; 42(12): 561-4.
- Wij00 van Wijnmen FCB. Richtlijnen voor verantwoorde zorg; over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg. Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 14 april 2000.
- Wor97 Worrall G, Chaulk P, Freake D. The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 1705-12.
- Wul90 Wulff HR, Stig AP. *Philosophy of medicine: an introduction*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1990.
- ZON00 Hulscher M, Wensing M, Grol R. *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën* Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 2000.

A De adviesaanvraag

B De commissie

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 4 januari schreef de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad (briefkenmerk CSZ/ZT-9819842):

De snelheid waarmee tegenwoordig nieuwe wetenschappelijke inzichten en resultaten van Medical Technology Assessment beschikbaar komen en het feit dat allerlei zorgprocessen en zorgsystemen steeds ingewikkelder worden, hebben een aantal problemen met zich gebracht die in de kern neerkomen op de vraag hoe men de brug tussen kennis en praktijk moet slaan. Een van de manieren om daar iets aan te doen is het systematiseren en synthetiseren van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten in een vorm die voor het dagelijks handelen in de praktijk hanteerbaar is. Men spreekt in dit verband meestal over richtlijnen. (Andere benamingen zijn standaarden, consensusafspraken, protocollen, behandelingschema's). Hoewel niet voor alle zorgproblemen in gelijke mate richtlijnen zijn op te stellen, zijn deze inmiddels voor een substantieel deel van de eerste- en tweedelijns zorg beschikbaar. In theorie vormen richtlijnen een goed vehiculum om het handelen in de praktijk in overeenstemming te brengen met nieuwe wetenschappelijke inzichten. Toch blijken richtlijnen vaak in te traag tempo of in onvoldoende mate de praktijk van alle dag te beïnvloeden. Men spreekt dan van gebrekkige implementatie.

In het verleden is vrij veel aandacht geschonken aan de ontwikkeling van richtlijnen. Implementatie als apart aandachtsveld van onderzoek en beleid is in Nederland echter een vrij nieuwe activiteit. In de Voortgangsrapportage Medische Technology Assessment van april 1997 is aangekondigd dat de overheid deze stap in het MTA-proces wil versterken. Inmiddels heeft onderzoek het inzicht vergroot in factoren die de implementatie van richtlijnen belemmeren dan wel bevorderen. Zo is bekend dat het ontwikkelen van richtlijnen de praktijkvoering niet of nauwelijks zal beïnvloeden als er niet aanvullende implementa-

tie-activiteiten worden ontwikkeld. Potentiële gebruikers moeten bij herhaling worden geconfronteerd met het bestaan en de inhoud van richtlijnen.

Het onderzoek dat tot nu toe werd uitgevoerd geeft wel zicht op de indicatoren die met gebrekkige, dan wel succesvolle implementatie samenhangen, maar geeft over het algemeen nog weinig verklaringen daarvoor. Dat hangt vermoedelijk samen met het feit dat tot nu toe weinig procesinformatie is verzameld. Tevens moet men constateren dat over de manier waarop wetenschappelijke kennis wordt geïntegreerd in het professionele handelen van medici, psychotherapeuten, psychologen, paramedici en verpleegkundigen op dit moment ook nog onvoldoende bekend is. Eveneens is niet duidelijk in hoeverre bestaande intra-, extra- en transmurale structuren zich lenen voor succesvolle implementatie van richtlijnen.

Men tast dan ook nog grotendeels in het duister als het gaat om het beantwoorden van vragen als:

- welke factoren zijn van invloed op het proces van implementatie van nieuwe wetenschappelijke inzichten en in hoeverre zijn ze te beïnvloeden
- wat zijn de meest vruchtbare benaderingen om het proces van disseminatie en implementatie te interpreteren.

Ik verzoek de Raad advies uit te brengen over de stand van wetenschap met betrekking tot het onderwerp implementatie van kennis, waaronder tevens richtlijnen worden verstaan. Zoals bekend is het veld bezig dit onderwerp wetenschappelijk te profileren en ik verneem graag de visie van de Raad over mogelijke beïnvloeding van factoren die relevant zijn voor de verbetering van implementatie, ook op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Informatie die helpt een brug te slaan tussen kennis en praktijk betreffende een breed spectrum aan zorg is belangrijk voor de beleidsvorming. Ik acht het in dit verband van bijzonder belang dat tevens wordt gezien hoe specifieke benaderingen er aan kunnen bijdragen, dat reeds bij de ontwikkelingen van richtlijnen een betere aansluiting op de interdisciplinaire werkwijze in de praktijk wordt bewerkstelligd.

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
w.g. dr E Borst-Eilers

De commissie

-
- dr TED van der Grinten, *voorzitter*
hoogleraar beleid en organisatie gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam
 - drs J Balen, *adviseur*
Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag
 - dr PMM Bossuyt
hoogleraar klinische epidemiologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr HFJM Crebolder
hoogleraar huisartsengeneeskunde; Universiteit Maastricht
 - dr RPTM Grol
hoogleraar kwaliteit van zorg; Katholieke Universiteit Nijmegen/Universiteit Maastricht
 - dr JP Holm
hoogleraar gynaecologie en verloskunde; Academisch Ziekenhuis Groningen
 - dr AJA Kaasenbrood
arts, psychiater; Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze
 - dr NS Klazinga
hoogleraar sociale geneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr A Mol
hoogleraar politieke filosofie; Universiteit Twente, Enschede
 - dr JH Mulder, *adviseur*
Ministerie van VWS, Den Haag
-

- WMLCM Schellekens
arts; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
- dr AJJA Scherpbier
Onderwijsinstituut Universiteit Maastricht
- dr P Schnabel
hoogleraar; Sociaal en Cultureel Planbureau
- dr ir MCDP Weggeman
hoogleraar organisatiekunde; Technische Universiteit Eindhoven
- drs JH Stegeman, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

Secretariële ondersteuning: mw M Javanmardi

Lay out: mw J van Kan

