

TNO-rapport

KvL/B&G 2007.139

Basisvoorwaarden voor de implementatie van de KNGF-richtlijnen

Datum	Januari 2008
Auteur(s)	M.A.H. Fleuren M.P. Jans A.T.H. van Hespén
Opdrachtgever	Wetenschappelijk College Fysiotherapie
Projectnummer	031.10785
ISBN-nummer	978-90-5986-267-8
Aantal pagina's	85 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	4

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Financiering

Dit project is uitgevoerd in opdracht van en gefinancierd door het Wetenschappelijk College Fysiotherapie, projectnummer TD2007-01.

Samenvatting

Ontwikkeling en invoering KNGF-richtlijnen

Sinds 1996 heeft het KNGF 17 richtlijnen ontwikkeld en 5 nieuwe richtlijnen verschijnen binnenkort. In de richtlijnen staat de optimale fysiotherapeutische zorg beschreven. De richtlijnen zijn richtinggevend voor het handelen van de individuele fysiotherapeut. De ontwikkeling van de richtlijnen vindt plaats in opdracht van het KNGF volgens een vastgestelde methodiek, die gebaseerd is op de principes van evidence-based richtlijn ontwikkeling (EBRO). Een KNGF-richtlijn bestaat uit vier onderdelen: de praktijkrichtlijn, een samenvatting, een verantwoording en toelichting en bijlagen zoals meetinstrumenten.

In tegenstelling tot de nauwkeurig beschreven methodiek voor de ontwikkeling, is er geen methodiek voor de invoering van de richtlijnen. Met name vanwege de beperkte financiële middelen heeft het KNGF de invoeractiviteiten vooral beperkt tot de verspreiding van de richtlijnen. Inmiddels is redelijke ervaring opgedaan met het gebruik van de KNGF-richtlijnen en blijken er in de praktijk problemen en lacunes voor te komen. In opdracht van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie heeft TNO Kwaliteit van Leven onderzoek verricht naar de basisvoorwaarden voor de invoering van de KNGF-richtlijnen.

Doelstelling

Het doel van het project is het in kaart brengen van de huidige wijze van invoering van de KNGF-richtlijnen en lacunes, knelpunten en verbeterpunten daarbij volgens belangrijke betrokken personen/organisaties binnen de fysiotherapie. Op basis daarvan worden aanbevelingen gedaan voor de basisvoorwaarden voor de invoering van de KNGF-richtlijnen en de wijze waarop het KNGF haar ondersteunende activiteiten met betrekking tot de invoering kan versterken.

Vraagstellingen

1. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het gebruik van de KNGF-richtlijnen door fysiotherapeuten?
2. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het gebruik van de KNGF-richtlijnen door fysiotherapeuten te bevorderen?

Methode

In het voorjaar van 2007 werden de volgende geledingen/organisaties/personen binnen de fysiotherapie geïnterviewd: fysiotherapeuten, medewerkers van de KNGF-regiokantoren, medewerkers van het KNGF-hoofdkantoor, medewerkers van initiële opleidingsinstituten fysiotherapie en medewerkers van nascholingsinstituten. In de interviews met de fysiotherapeuten lag het accent op het gebruik van de richtlijnen, knelpunten daarbij en verbeterpunten. Bij de KNGF-medewerkers ging het vooral om de huidige wijze van invoering van de richtlijnen, concrete activiteiten ter ondersteuning van de invoering, knelpunten daarbij en oplossingen. Aan de opleidings- en nascholingsinstituten werd voornamelijk gevraagd of en hoe de KNGF-richtlijnen in het onderwijs waren opgenomen en welke suggesties ter verbetering men had.

Resultaten en conclusies

- De geïnterviewden die verschillende posities binnen de fysiotherapie innemen, zijn unaniem van mening dat de verspreiding van de KNGF-richtlijnen goed verloopt. Het vervolgtraject verloopt (nog) niet goed.
- De knelpunten zitten met name in de adoptie van de richtlijnen en het gebruik ervan. Er is een grote differentiatie tussen fysiotherapeuten wat betreft de bereidheid om met de richtlijnen te gaan werken.
- In de dagelijkse praktijk volgt vrijwel niemand de richtlijnen helemaal én zoals bedoeld door de ontwikkelaars.
- Willen de richtlijnen door een substantieel deel van de fysiotherapeuten gebruikt worden, dan zal het KNGF de focus moeten verleggen naar invoeractiviteiten.
- Alle geïnterviewden, ongeacht hun functie en positie, zijn van mening dat er een vertaalslag nodig is om de richtlijnen te kunnen toepassen in de praktijk. Scholing / training bij het initiële gebruik en het vervolggebruik van de richtlijnen, zijn wezenlijk volgens de geïnterviewden.
- Volgens veel fysiotherapeuten is niet duidelijk wat het KNGF van hen verlangt ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen en wat zij van het KNGF kunnen verwachten.
- De fysiotherapeuten voelen zich vaak niet gehoord door het KNGF. Vrij basaal hierbij is de problematiek met de zorgverzekeraars die fysiotherapeuten afrekenen op het gebruik van de richtlijnen.

Aanbevelingen

Voor een goede invoering van de KNGF-richtlijnen zijn drie basisvoorwaarden essentieel die nu ontbreken:

- Ten eerste ontbreekt er in de opinie van de uitvoerende fysiotherapeuten een duidelijke visie en een daarop aansluitend beleid vanuit het KNGF ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen. Een deel van de geïnterviewde KNGF-medewerkers onderschrijft dit. Daarnaast voelen de fysiotherapeuten zich vaak niet gehoord door het KNGF. Vrij basaal hierbij is de problematiek met de zorgverzekeraars die fysiotherapeuten afrekenen op het gebruik van de richtlijnen. Dit draagt niet bij aan de adoptie van de richtlijnen. De mening wordt breed gedeeld dat het KNGF de fysiotherapeuten hiertegen zou moeten beschermen.
- Ten tweede zijn alle geïnterviewden het erover eens dat er een vertaalslag nodig is om de richtlijnen te kunnen toepassen in de praktijk. Deels is dit te ondervangen door de inhoud en vormgeving van de huidige richtlijnen aan te passen. Scholing / training bij het initiële gebruik en het vervolggebruik van de richtlijnen, zijn wezenlijk volgens alle geïnterviewden. Dit laatste staat overigens op gespannen voet met het feit dat veel uitvoerende fysiotherapeuten tegelijkertijd weinig geïnteresseerd zijn in deelname aan scholing en verplichte scholing niet wenselijk vinden.
- Tot slot en niet in de laatste plaats zijn veel problemen te wijten aan het ontbreken van financiering voor de invoering van de richtlijnen, met inbegrip van onderzoek (om de implementatiecyclus rond te kunnen maken). Hierdoor kan een deel van de noodzakelijke invoeractiviteiten niet uitgevoerd worden inclusief de opzet van een infrastructuur die voor een goede invoering nodig is. Financiering is daarom een basisvoorwaarde, wil een groot deel van de huidige knelpunten opgelost kunnen worden.
- Gezien de beperkte financiële ruimte van het KNGF voor de ontwikkeling en invoering van de richtlijnen, zullen niet die activiteiten ontplooid kunnen worden die noodzakelijk zijn voor een goede invoering. Aanbevolen wordt dat het KNGF daar een keuze in maakt. In het rapport zijn daartoe vier beleidsscenario's geschetst.

Specifieke aanbevelingen ter bevordering van de adoptie en het gebruik van de richtlijnen zijn in het rapport uitvoerig beschreven.

Samenwerking

Bij de opzet van het onderzoek en de eindrapportage waren als adviseurs betrokken:

- Dhr. dr. JWH Custers, beleidsmedewerker afdeling Beleid & Ontwikkeling KNGF
- Dhr. dr. HJM Hendriks, programmaleider Richtlijnen, Universiteit Maastricht

Inhoudsopgave

	Financiering	3
	Samenvatting	5
1	Inleiding	13
1.1	Ontwikkeling KNGF-richtlijnen.....	13
1.2	Generiek model voor invoering van vernieuwingen.....	14
1.3	Invoering KNGF-richtlijnen.....	16
1.4	Doelstelling en vraagstellingen.....	19
2	Methode	21
2.1	Respondenten.....	21
2.2	Interviewvragen.....	22
2.3	Analyses interviews.....	22
3	Resultaten interviews medewerkers KNGF-hoofdkantoor en programmaleider	
	Richtlijnen	23
3.1	Inleiding.....	23
3.2	Beschrijving van de respondenten.....	23
3.3	Visie en werkwijze bij ontwikkeling en implementatie.....	23
3.4	Innovatieproces: belemmerende en bevorderende.....	24
3.5	Context: belemmerende en bevorderende factoren Beleid en strategie.....	27
3.6	Conclusie.....	29
4	Resultaten interviews medewerkers KNGF-regiokantoren	31
4.1	Inleiding.....	31
4.2	Beschrijving van de respondenten.....	31
4.3	Innovatieproces: belemmerende en bevorderende factoren.....	31
4.4	Context: belemmerende en bevorderende factoren.....	35
4.5	Conclusies.....	35
5	Resultaten interviews opleidings- en nascholings-instituten	37
5.1	Inleiding.....	37
5.2	Beschrijving van de respondenten.....	37
5.3	Visie en werkwijze van opleidingen fysiotherapie.....	37
5.4	Visie en werkwijze van nascholingsinstituten.....	38
5.5	Innovatieproces: belemmerende en bevorderende factoren.....	40
5.6	Context: belemmerende en bevorderende factoren.....	44
5.7	Conclusies.....	46
6	Resultaten interviews fysiotherapeuten	49
6.1	Inleiding.....	49
6.2	Beschrijving van de respondenten.....	49
6.3	Innovatieproces: belemmerende en bevorderende factoren.....	50
6.4	Context: bevorderende en belemmerende factoren.....	55
6.5	Conclusies.....	58
7	Discussie	61
7.1	Inleiding.....	61

7.2	Invoering KNGF-richtlijnen en beïnvloedende factoren	61
7.3	Kanttekeningen	66
7.4	Aanbevelingen	67
8	Literatuur	75

Bijlage(n)

A Interviewvragen fysiotherapeuten

B Interviewvragen opleidings- en nascholingsinstituten

C Interviewvragen medewerkers KNGF

D Overzicht van NPi-cursussen waar de KNGF-richtlijnen onderdeel van uitmaken

1 Inleiding

1.1 Ontwikkeling KNGF-richtlijnen

Sinds 1996 heeft het KNGF 17 richtlijnen ontwikkeld en 5 nieuwe richtlijnen verschijnen binnenkort. Het algemene doel van de richtlijnen is het beschrijven van de optimale fysiotherapeutische zorg, dat wil zeggen effectief, doelmatig en aansluitend op de behoeften van de patiënt. De richtlijnen zijn gebaseerd op huidige wetenschappelijke, professionele en sociaal-maatschappelijke inzichten (Hendriks e.a. 1998, Hendriks e.a. 1996). De richtlijnen zijn primair bedoeld voor het gebruik door fysiotherapeuten en zijn richtinggevend voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van het individuele fysiotherapeutische handelen:

- ze geven ondersteuning aan de fysiotherapeut bij het nemen van beslissingen;
- ze zijn een referentiepunt voor oriëntatie en educatie;
- ze leveren criteria voor zelfevaluatie en intercollegiale toetsing;
- ze geven een aanzet om de handelwijze te veranderen richting 'state of art' fysiotherapie.

De richtlijnen dienen enerzijds houvast te bieden aan de algemeen fysiotherapeut, maar onderdelen zijn specifiek gericht op de gespecialiseerde fysiotherapeut.

Op het niveau van de beroepsgroep hebben de richtlijnen tot doel de zorg te expliciteren, het terugdringen van verschillen in aanpak, het vergroten van de uniformiteit in handelen en aansluiten bij multidisciplinaire / transmurale richtlijnen. Op maatschappelijk niveau leveren de richtlijnen een bijdrage aan externe verantwoording aan patiënten, andere zorgverleners, verzekeraars en de overheid.

Een KNGF-richtlijn is een systematisch, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die gericht is op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben (Van der Wees e.a. 2007). De ontwikkeling van de richtlijnen vindt plaats in opdracht van het KNGF volgens een vastgestelde methodiek (Hendriks e.a. 1998), die recentelijk is herzien (Van der Wees e.a. 2007). De methodiek is gebaseerd op de principes van evidence based richtlijn ontwikkeling (EBRO) (CBO 2005) en internationale methodieken voor richtlijnontwikkeling (Guidelines International Network (www.g-i-n.net)).

In de methodiek is een lijst van criteria beschreven die het KNGF hanteert bij het kiezen van een onderwerp voor een richtlijn. Belangrijke criteria zijn o.a. dat het een veel voorkomend of belangrijk gezondheidsprobleem betreft of een belangrijk aspect van de beroepsuitoefening. Daarnaast moet er voldoende evidentie zijn om een richtlijn te kunnen ontwikkelen. Naast deze criteria spelen ook relevante (maatschappelijke) ontwikkelingen een rol, zoals subsidiemogelijkheden of actuele politieke thema's. Zo zijn de richtlijnen 'astma bij kinderen' en 'claudicatio intermittens' bijvoorbeeld ontwikkeld met subsidie van respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en jeugdgezondheidszorg (NVFK) en de Nederlandse Hartstichting. Ter inventarisatie van onderwerpen werd in het verleden gebruik gemaakt van peilingen in het veld. Tegenwoordig worden ondermeer de beroepsinhoudelijke verenigingen gevraagd hun wensen aan te geven.

Een *richtlijncommissie*, bestaande uit vertegenwoordigers van het KNGF en de Universiteit Maastricht, coördineert het richtlijnenprogramma, prioriteert onderwerpen en begeleidt en stuurt de projecten aan. De programmaleider van de richtlijnen is gestationeerd bij de Universiteit Maastricht en is inhoudelijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de richtlijnen. Voor iedere richtlijn wordt een *ontwikkelgroep*

opgericht die bestaat uit een *projectgroep* en (andere) *werkgroepleden*. De projectgroep beschrijft de evidentie op basis van systematische reviews en schrijft op basis daarvan de conceptrichtlijn. De leden van de projectgroep zijn (vaste) medewerkers van het KNGF, de Universiteit Maastricht en andere onderzoeksinstituten en universiteiten, afhankelijk van het onderwerp van de richtlijn. Het zijn mensen met een wetenschappelijke achtergrond, met relevante onderzoekservaring en met praktijkervaring. De projectgroep wordt aangevuld met een aantal werkgroepleden. De werkgroep geeft commentaar en aanvullingen op de conceptrichtlijn. De werkgroepleden hebben inhoudelijke expertise met betrekking tot het onderwerp van de richtlijn en kunnen zowel fysiotherapeuten als niet-fysiotherapeuten zijn.

Vervolgens vindt een 'commentaarfase' plaats waarin de conceptrichtlijn wordt voorgelegd aan een klankbordgroep met externe deskundigen. De klankbordgroep bestaat uit deskundigen van aanpalende disciplines zoals huisartsen, specialisten en paramedici, en uit (vertegenwoordigers van) relevante patiëntengroepen. Daarnaast vindt er een check in het werkveld plaats onder een brede representatieve groep van tussen de 60 en 100 fysiotherapeuten. Zij worden via een gestandaardiseerde vragenlijst gevraagd naar aspecten als toepasbaarheid, inhoudelijke juistheid, begrijpelijk, attractiviteit etc. van de richtlijn. Het commentaar wordt meegenomen in de laatste versie van de richtlijn. Na verwerking van alle commentaren wordt de conceptrichtlijn aangeboden aan het Algemeen Bestuur van het KNGF, die de richtlijn vervolgens vaststelt.

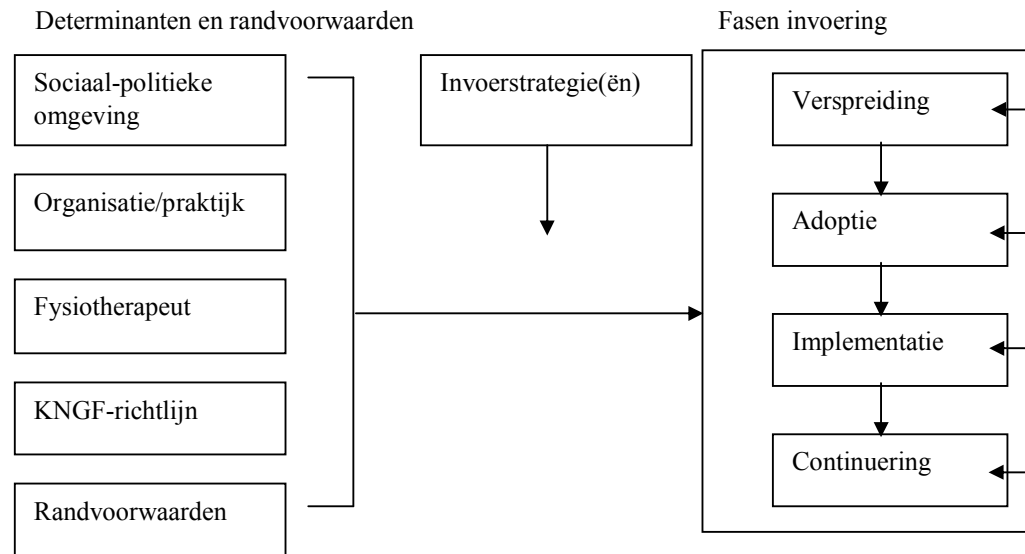
Een KNGF-richtlijn bestaat uit vier onderdelen: de praktijkrichtlijn, een samenvatting, een Verantwoording & Toelichting en bijlagen zoals meetinstrumenten en een verklarende woordenlijst. De aanbevelingen sluiten aan bij de stappen van het methodisch fysiotherapeutisch handelen, waarin het diagnostische en therapeutische proces van elkaar worden onderscheiden.

Het KNGF streeft ernaar om elke vijf jaar te bekijken of een herziening van de richtlijn nodig is. Dit hangt af van beschikbare nieuwe evidentie, nieuwe praktijkontwikkelingen en resultaten van onderzoek naar het gebruik van de richtlijnen. In totaal zullen ongeveer 25 richtlijnen ontwikkeld worden. De verwachting is dat daarmee een groot deel van de fysiotherapie gedekt is. Voor de uitvoerige werkwijze bij de ontwikkeling van de KNGF-richtlijnen verwijzen we naar de methodiek (Van der Wees e.a. 2007).

1.2 Generiek model voor invoering van vernieuwingen

1.2.1 *Fasen in een innovatieproces*

Het is bekend dat de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen alléén niet voldoende is voor het gebruik ervan (o.a. Bartholomew e.a. 2001; Grol & Wensing 2006; Fleuren e.a. 2004, 2006, Fleuren 2007). Een innovatieproces bestaat uit een aantal fasen (figuur 1) (Fleuren e.a. 2004, 2006). Eerst moet de richtlijn worden verspreid en moet iedere fysiotherapeut er beschikking over hebben. Vervolgens zal de fysiotherapeut besluiten al dan niet met de richtlijn te gaan werken (adoptie). Daarna probeert hij/zij daadwerkelijk met de richtlijn te werken en wordt duidelijk of deze in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte wordt het werken met de richtlijn dagelijkse routine (continuering).



Figuur 1 Generiek model voor het invoeren van vernieuwingen (Fleuren e.a. 2002)

1.2.2 Analyse determinanten

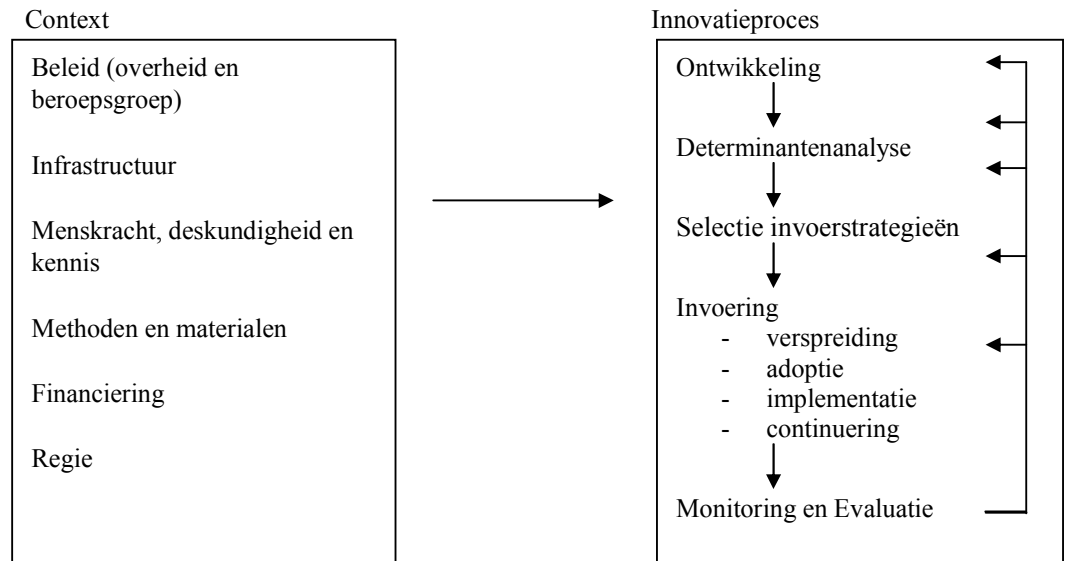
In elke fase kunnen complicaties optreden waardoor de invoering stagneert. Verschillende determinanten bepalen het invoeringsproces en zijn onder te verdelen naar kenmerken van:

- de richtlijn zélf (o.a. gebruiksgemak, helderheid, voordeel of relevantie);
- de fysiotherapeut (o.a. kennis en vaardigheden, attitude, taakopvatting);
- de organisatie (o.a. besluitvormingsstructuur, bezettingsgraad);
- de sociaal-politieke omgeving (o.a. medewerking van patiënten, medewerking van verwijzers, juridische consequenties).

Verder bepalen randvoorwaarden zoals financiering of tijd eveneens het invoeringsproces (Fleuren e.a. 2004, 2006).

Per fase moet inzicht bestaan in de determinanten en randvoorwaarden die belangrijk zijn voor een succesvolle invoering. Dit houdt in dat er een analyse van determinanten moet plaatsvinden onder fysiotherapeuten vóórdat de richtlijn definitief is en verspreid wordt, bijvoorbeeld via een proefimplementatie. Vervolgens kunnen implementatiestrategieën toegesneden worden op de uitkomsten ervan (Paulussen 1994; Bartholomew e.a. 2001, Grol & Wensing 2006, Fleuren e.a., 2004, 2006). Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten voor een niet-relevante determinant (Fleuren e.a. 2004, 2006).

Monitoring en evaluatieonderzoek moeten duidelijk maken of het resultaat van het invoeringsproces uiteindelijk voldoet aan de verwachtingen. Wanneer de effecten van een KNGF-richtlijn bijvoorbeeld uitblijven, dan is de vraag of de richtlijn niet effectief was of dat de richtlijn niet (goed) is ingevoerd. Daarom is onderzoek belangrijk. Het gaat hierbij dus om onderzoek naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering (effectevaluatie) in relatie tot de uitgevoerde determinantenanalyse en invoerstrategieën (procesevaluatie). Het onderzoek dient als input om bijvoorbeeld de richtlijn of de invoerstrategieën bij te stellen. Dit is een cyclisch proces. In figuur 2 is dit in het rechter blok weergegeven; figuur 1 maakt daarvan onderdeel uit. Dit cyclische innovatieproces speelt zich af binnen een bredere context die in het eerste blok van figuur 2 is weergegeven en deels gebaseerd is op het model van Saan en de Haes (2005). In algemene zin bepalen zaken als een overheidsbeleid, het beleid van de beroepsgroep, de aanwezigheid van een infrastructuur voor de invoering of beschikbare financiering, de context waarbinnen in dit geval de richtlijnen ontwikkeld en ingevoerd kunnen worden.



Figuur 2 Innovatieproces en bredere context waarbinnen dit zich afspeelt

1.2.3 Invoerstrategieën algemeen

In algemene zin kan gezegd worden dat bij de invoering van vernieuwingen het beste gebruik kan worden gemaakt van een combinatie van een top-down en een bottom-up benadering waarbij het creëren van draagvlak bij de gebruikers een belangrijke rol inneemt. In ieder geval gaat het om de volgende zaken (Paulussen 1994; Paulussen & Wiefferink 2003, Fleuren e.a. 2006, Fleuren e.a. 2007):

- Het ontwikkelen van effectieve en bruikbare materialen die de fysiotherapeut voorzien van concrete en eenduidige handelingsvoorschriften. Het gaat hier dus onder andere om de verschillende onderdelen van een KNGF-richtlijn (ontwikkelingsfase).
- Het actief promoten van de vernieuwing, aangepast aan de omstandigheden van de fysiotherapeut via communicatie over de vernieuwing (adoptiefase).
- Training en coaching bij het eerste gebruik van de vernieuwing en het vervolgebruik, aangepast aan de omstandigheden en het niveau van de fysiotherapeut (implementatiefase). Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat de eerste ervaring bij het werken met de richtlijn positief is. Dit is belangrijk voor volgend gebruik. Training alleen is meestal niet voldoende. Tijdens de implementatiefase zullen zich vragen en problemen voordoen en is het belangrijk dat de fysiotherapeut dan weet bij wie hij/zij daarvoor terecht kan.
- Bevorderen dat fysiotherapeuten ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren. Zorgen dat er support is op organisatie/praktijkniveau, dat de vernieuwing in het beleid van de organisatie/praktijk wordt opgenomen en het werken met de vernieuwing wordt gemonitord en geëvalueerd (continueringfase).
- Het inrichten van een ondersteuningsstructuur die de uitwisseling van informatie en de ondersteuning van landelijk niveau naar regionaal niveau mogelijk maakt.

1.3 Invoering KNGF-richtlijnen

Het KNGF heeft de afgelopen jaren diverse activiteiten ondernomen gericht op de verschillende fasen van een invoeringsproces (figuur 1). Het KNGF hanteert geen algemeen implementatieplan; de invoeringsactiviteiten zijn mede afhankelijk van de specifieke richtlijn die ingevoerd moet worden (Van der Wees e.a. 2007). Een aantal

activiteiten wordt echter altijd uitgevoerd. Zonder volledig te willen zijn, volgen hieronder de belangrijkste activiteiten.

1.3.1 *Ondersteuningsstructuur van landelijk naar regionaal*

Er is een infrastructuur opgericht ter ondersteuning van de individuele fysiotherapeuten in het gebruik van de richtlijnen met op landelijk niveau het KNGF-hoofdkantoor, op regionaal niveau de KNGF-regiokantoren, de regionale verenigingen (RGF) en daarnaast het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF). De belangrijkste pijler om de richtlijnen in te voeren was/is het IOF, ondersteund vanuit de regiokantoren. Deelname aan een IOF was enkele jaren verplicht om geregistreerd te kunnen worden in het kwaliteitsregister. Deze verplichting is in 2005 door de Algemene Ledenvergadering van het KNGF afgeschaft. Er nemen anno 2007 nog circa 10.000 fysiotherapeuten (60%) deel aan een IOF. Er bestaat nog steeds de mogelijkheid binnen een IOF de richtlijnen te bespreken, al dan niet binnen een IOF-jaarprogramma over richtlijnen (zie implementatie en continuering).

Vanwege bezuinigingen is het aantal KNGF-regiokantoren recentelijk teruggebracht van zeven naar vijf. Verder vond er een verandering in taken plaats. De gerichte ondersteuning aan de IOFs vindt niet meer plaats. De IOFs worden vanaf 2005 vraaggericht begeleid.

1.3.2 *Determinantenanalyse*

Bij de meeste richtlijnen worden de fysiotherapeuten die betrokken waren bij de commentaarronde van de conceptrichtlijn (zie 1.1), gevraagd om gedurende een jaar te participeren in een prospectief cohort-onderzoek. De richtlijn is dan meestal al verspreid. Tussen de 30 en 60 fysiotherapeuten, verspreid over minimaal vier regio's en minimaal 15 praktijken/afdelingen, worden getraind in het werken volgens de richtlijn. Het doel van een dergelijk onderzoek is na te gaan in hoeverre de betrokken fysiotherapeuten de patiënten kunnen behandelen conform de richtlijn en welke uitvoeringsproblemen men daarbij ondervindt. Het handelen volgens de richtlijn wordt onderzocht via een systematische (geautomatiseerde) registratie. De resultaten worden gebruikt bij de revisie van de richtlijn (Van der Wees e.a., 2007).

1.3.3 *Invoerstrategieën*

Verspreiding

De richtlijnen worden gratis verstuurd als supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. In hetzelfde nummer wordt een artikel geplaatst over de (systematische) review die aan de richtlijn ten grondslag ligt. Daarnaast wordt de richtlijn toegelicht via een artikel in het tijdschrift Fysiopraxis (Van der Wees e.a., 2007). De richtlijnen worden op deze manier gratis verstuurd naar alle KNGF-leden, naar alle fysiotherapeuten die in het kwaliteitsregister staan (ca. 20.000 fysiotherapeuten) en naar alle abonnees van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Alle richtlijnen zijn te downloaden via de KNGF-website en via het Centre for Evidence Based Practice (CEPB) van de Universiteit Maastricht. Alle hogescholen met een opleiding fysiotherapie krijgen de richtlijnen toegestuurd, evenals belangrijke stakeholders zoals patiëntenverenigingen, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten.

Adoptie

Voor de meeste 'oudere' richtlijnen is een deskundigheidsbevorderingspakket gemaakt. Deze pakketten werden gratis verstuurd met Fysiopraxis of het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. De pakketten waren ondermeer bedoeld als hulpmiddel voor het bespreken van de richtlijnen in het IOF. De pakketten worden nu niet meer ontwikkeld als los product, maar zijn deels geïntegreerd in de richtlijnen zelf. Daarnaast verschijnen er artikelen over de richtlijnen in de vakbladen.

Implementatie

De richtlijnen zijn opgenomen in het initiële onderwijs. Het is niet duidelijk op welke wijze en hoe intensief er in de curricula van de opleidingen fysiotherapie aandacht wordt besteed aan de richtlijnen. De richtlijnen maken daarnaast onderdeel uit van bij- en nascholingscursussen. Fysiotherapeuten moeten nascholing volgen om geregistreerd te blijven in het kwaliteitsregister. Eén van de criteria om accreditatiepunten hiervoor te verkrijgen is dat een cursus aansluit bij de richtlijnen. Het is niet duidelijk in hoeverre de richtlijnen daadwerkelijk de basis zijn van de betreffende cursussen.

Vanuit het KNGF is een jaarprogramma gemaakt voor bespreking van de richtlijnen in een IOF. De bespreking kan desgewenst ondersteund worden door een coördinator van het KNGF-regiokantoor.

Momenteel wordt gewerkt aan 'digitale richtlijnen' waarbij de richtlijn via de website op interactieve wijze wordt gepresenteerd. Verder zullen in de toekomst het Elektronisch Patiënten Dossier en e-learning deel uit gaan maken van de implementatie.

Continuering

Er vinden geen gerichte activiteiten plaats ter bevordering van de continuering van het gebruik van de richtlijnen.

1.3.4 Monitoring en evaluatie: lacunes en knelpunten

De afgelopen jaren vonden er diverse onderzoeken plaats naar de mate van verspreiding, adoptie en het gebruik van de richtlijnen en knelpunten daarbij (o.a. Schenkeveld 2004, Hofhuis 2005, Plas e.a. 2001, Bekkering e.a. 2000, Van der Wees e.a. 2005, Wensing 2005, Jansen e.a. 2005). Uit deze onderzoeken blijkt dat de richtlijnen redelijk goed verspreid zijn en dat vooral de bekendheid onder de KNGF-leden groot is. Ook de algemene attitude ten aanzien van de richtlijnontwikkeling is vrij positief. De resultaten zijn mogelijk positief gekleurd omdat een deel van het onderzoek plaatsvond onder fysiotherapeuten die vermoedelijk bijzonder geïnteresseerd waren in richtlijnen (Wensing, 2005). Over de adoptie van de afzonderlijke richtlijnen in termen van uitkomstverwachtingen, juistheid en bruikbaarheid is weinig bekend. Daar waar resultaten van onderzoek bekend zijn, lijken de fysiotherapeuten verdeeld. Zo vond ongeveer de helft van de fysiotherapeuten dat de richtlijnen houvast geven in het dagelijkse werk en een bijdrage leveren aan het waarborgen van de kwaliteit van de zorg (Plas e.a. 2001; Hofhuis, 2005).

De Beroepsmonitor Fysiotherapie is een jaarlijks terugkerende peiling van het KNGF onder een willekeurige groep van 3600 fysiotherapeuten. De monitor wordt uitgevoerd in samenwerking met het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS). De Beroepsmonitor is ontwikkeld om continu op de hoogte te zijn van wat er leeft onder fysiotherapeuten. Mede op basis van de resultaten scherpt het KNGF haar beleid aan. Uit de monitor blijkt dat de richtlijnen redelijk goed verspreid zijn en dat vooral de bekendheid onder de KNGF-leden groot is.

De resultaten met betrekking tot het gebruik van de richtlijnen variëren van eenderde van de fysiotherapeuten die zeggen de richtlijnen vaak te gebruiken tot tweederde die zeggen de richtlijn te gebruiken bij meer dan de helft van de patiënten (o.a. Schenkeveld 2004, Hofhuis, 2005). De resultaten zijn lastig vergelijkbaar omdat het gebruik van de richtlijnen niet op eenzelfde manier is onderzocht. Daarbij dient ook aangetekend te worden dat het daadwerkelijke gebruik vermoedelijk lager ligt omdat in een deel van het onderzoek gebruik gemaakt is van zelfrapportage en daarnaast niet specifiek is ingegaan op de afzonderlijke aanbevelingen uit de richtlijn. Doorgaans ligt het gerapporteerde gedrag fors hoger (ca. 30%) dan wanneer het op objectieve wijze is

vastgesteld en/of per aanbeveling is uitgevraagd (Adams, 1999, Fleuren e.a. 2006). Over de continuering van het gebruik is weinig bekend.

Uit bovengenoemde onderzoeken komen factoren naar voren die een verklaring bieden waarom afzonderlijke richtlijnen niet of slechts deels gebruikt worden. Er lijken echter ook algemene, richtlijn overstijgende belemmeringen een rol te spelen. Verder zijn er vaak passieve implementatiestrategieën toegepast, terwijl is gebleken dat het effect daarvan zeer beperkt is (Grol & Grimshaw, 2003, Grimshaw e.a. 2004). Tot slot zijn de toegepaste invoerstrategieën veelal niet gebaseerd op een determinantenanalyse die is uitgevoerd voorafgaand aan de invoering. In enkele recente onderzoeken is dat wel gebeurd (Rutten & Rutten 2004; Bekkering e.a. 2005)

Het eerder verrichtte onderzoek geeft geen antwoord op de vraag welke algemene factoren het gebruik van de KNGF-richtlijnen beïnvloeden. Daarnaast geeft het tot nu toe verrichtte onderzoek geen inzicht in de wijze waarop het KNGF de dienstverlening aan de leden met betrekking tot de richtlijnen kan optimaliseren. Hiervoor is nadere informatie noodzakelijk vanuit het perspectief van de gebruikers, dat wil zeggen de fysiotherapeuten.

1.4 Doelstelling en vraagstellingen

Het doel van het onderhavige project is het in kaart brengen van de huidige wijze van invoering van de KNGF-richtlijnen en lacunes, knelpunten en verbeterpunten daarbij volgens belangrijke betrokken personen/organisaties binnen de fysiotherapie. Dit zijn: fysiotherapeuten, medewerkers van de KNGF-regiokantoren en van het KNGF-hoofdkantoor en opleidings- en nascholingsinstituten. Op basis daarvan worden aanbevelingen gedaan voor de basisvoorwaarden voor de invoering van de KNGF-richtlijnen en de wijze waarop het KNGF haar ondersteunende activiteiten met betrekking tot de invoering kan versterken. Daarbij zal ook gebruik worden gemaakt van eerder onderzoek naar de KNGF-richtlijnen en ervaringen met de invoering van richtlijnen/standaarden bij andere beroepsgroepen. Omdat de verspreiding van de richtlijnen goed lijkt te verlopen, richt het onderhavige onderzoek zich vooral op de adoptie van de richtlijnen en de basisvoorwaarden voor de daadwerkelijke toepassing (implementatie) en het behoud ervan (continuering).

De vraagstellingen van het project zijn:

1. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het gebruik van de KNGF-richtlijnen door fysiotherapeuten?
2. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het gebruik van de KNGF-richtlijnen door fysiotherapeuten te bevorderen?

2 Methode

2.1 Respondenten

In het voorjaar van 2007 werden de volgende geledingen/organisaties/personen binnen de fysiotherapie geïnterviewd: fysiotherapeuten, medewerkers van de KNGF-regiokantoren, medewerkers van het KNGF-hoofdkantoor, medewerkers van initiële opleidingsinstituten fysiotherapie en medewerkers van nascholingsinstituten.

Medewerkers KNGF en programmaleider Richtlijnen

Er vond een groepsinterview plaats met twee medewerkers van de afdeling Beleid & Ontwikkeling van het KNGF-hoofdkantoor. Aan dit interview nam ook de programmaleider Richtlijnen van de Universiteit Maastricht deel.

Medewerkers KNGF-regiokantoren

Er vonden drie individuele interviews plaats met medewerkers van de KNGF-regiokantoren Zuidoost-Nederland, Midden-Nederland en West-Nederland. Om pragmatische redenen (afstand) werd voor deze regiokantoren gekozen.

Opleidings- en nascholingsinstituten

Er zijn in totaal twaalf initiële opleidingen fysiotherapie. Er vonden individuele interviews plaats met medewerkers van vijf opleidingen fysiotherapie. De vijf opleidingen werden geselecteerd op basis van pragmatische overwegingen: bereikbaarheid en bestaande contacten. Daarnaast zijn twee nascholingsinstituten geïnterviewd, één met contactonderwijs en één met schriftelijk onderwijs.

Fysiotherapeuten

Er werden drie focusgroepinterviews gepland met fysiotherapeuten. Een focusgroepinterview is een methode om inzicht te krijgen in de meningen en opvattingen van personen over een probleem (Assema, 1992). Er wordt gebruik gemaakt van het feit dat mensen worden gestimuleerd door de ideeën en opvattingen van anderen. De deelnemers dragen in onderlinge uitwisseling tevens ideeën aan voor, in dit geval, verandering en verbetering van de invoering van de KNGF-richtlijnen. Gestreefd werd een zo groot mogelijke diversiteit aan fysiotherapeuten bij de interviews te betrekken, zodat vanuit diverse achtergronden informatie over belemmerende en bevorderende factoren verkregen kon worden.

Er werden interviews gepland met fysiotherapeuten rond de KNGF-regiokantoren Zuidoost-Nederland, Midden-Nederland en West-Nederland. Het KNGF werd gevraagd uit hun relatiebeheersysteem (bij het KNGF bekende fysiotherapeuten) voor iedere regio een steekproef te trekken van 200 fysiotherapeuten die in een straal van circa 20 km rond het regiokantoor werkzaam waren; in totaal werden er 601 fysiotherapeuten benaderd. Bij deze steekproef werd rekening gehouden met de volgende factoren: 50 procent IOF-lid, wel/niet ingeschreven in het kwaliteitsregister in dezelfde verhouding als in de werkelijkheid, 50 procent praktijk eigenaar. Er werden alleen extramuraal werkende fysiotherapeuten uitgenodigd. De reden hiervoor is dat dit de grootste groep fysiotherapeuten betreft en dat de meeste richtlijnen op deze groep betrekking hebben. Als tegemoetkoming voor deelname aan de interviews kregen de fysiotherapeuten een boekenbon, reiskostenvergoeding en de mogelijkheid accreditatiepunten aan te vragen.

Drie weken na de eerste uitnodigingsbrief werden alle fysiotherapeuten die nog niet hadden gereageerd nogmaals per email benaderd.

2.2 Interviewvragen

De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuren 1 en 2). Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen (Fleuren e.a., 2004). De vragen werden aangepast aan de doelgroep die geïnterviewd werd. Bij de fysiotherapeuten lag het accent op het gebruik van de richtlijnen, knelpunten daarbij en verbeterpunten. Bij de KNGF-medewerkers ging het vooral om de huidige wijze van invoering van de richtlijnen, concrete activiteiten ter ondersteuning van de invoering, knelpunten daarbij en oplossingen. Aan de opleidings- en nascholingsinstituten werd voornamelijk gevraagd of en hoe de KNGF-richtlijnen in het onderwijs waren opgenomen en welke suggesties ter verbetering men had. Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. De (focus)groepinterviews duurden ongeveer 2,5 uur. Alle individuele interviews duurden 1 tot 1,5 uur. In bijlagen A tot en met C zijn de vragen per doelgroep beschreven.

2.3 Analyses interviews

Van alle interviews zijn verslagen gemaakt. De verslagen van de interviews met de KNGF-medewerkers en de medewerkers van de opleidings- en nascholingsinstituten werden ter correctie en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd. Van de focusgroepsinterviews met de fysiotherapeuten werd een samenvattend verslag gemaakt. Dit werd niet meer aan de afzonderlijke deelnemers toegestuurd. De verslagen van de interviews zijn met elkaar vergeleken. De analyse ervan en de beschrijving van de resultaten vindt plaats aan de hand van het model voor de invoering van vernieuwingen en de context waarbinnen dit zich afspeelt (figuren 1 en 2).

3 Resultaten interviews medewerkers KNGF-hoofdkantoor en programmaleider Richtlijnen

3.1 Inleiding

Na de beschrijving van de respondenten in paragraaf 3.2, wordt in paragraaf 3.3 de visie van het KNGF met betrekking tot de ontwikkeling en de implementatie van de KNGF-richtlijnen weergegeven. De resultaten worden beschreven aan de hand van het innovatiemodel zoals weergegeven in het vorige hoofdstuk (figuur 2). In de paragrafen 3.4 en 3.5 komen de knelpunten en suggesties voor verbetering aan de orde met betrekking tot het innovatieproces en de context van de invoering. Vanwege het verschil in positionering en rol van de geïnterviewden bij de ontwikkeling en invoering van de richtlijnen, zullen verschillen van mening die hiermee verband houden bij de beschrijving worden aangegeven.

3.2 Beschrijving van de respondenten

Begin 2007 vond er een groepsinterview plaats met de manager en een beleidsmedewerker van de afdeling Beleid & Ontwikkeling van het KNGF. Aan dit interview nam ook de programmaleider Richtlijnen van de Universiteit Maastricht deel.

3.3 Visie en werkwijze bij ontwikkeling en implementatie

De visie en werkwijze bij de ontwikkeling en invoering van de KNGF-richtlijnen is beschreven in een methodiek (Van der Wees e.a. 2007). De methodiek is gebaseerd op de principes van evidence based richtlijnontwikkeling en internationale methodieken voor richtlijnontwikkeling. De beknopte werkwijze bij de ontwikkeling en invoering is beschreven in hoofdstuk 1.1. Naast de doelstellingen zoals verwoord in hoofdstuk 1.1 zijn volgens de geïnterviewde KNGF-medewerkers bijkomende doelen: de beschikbare evidentie samenvatten zodat fysiotherapeuten niet zelf alle wetenschappelijke ontwikkelingen hoeven bij te houden, bijdragen aan het verbeteren van het imago van de fysiotherapie, het transparant maken van het handelen en het bevorderen van de uniformiteit in terminologie en handelen. Volgens de geïnterviewden zijn de richtlijnen echter primair bedoeld voor het gebruik door fysiotherapeuten en ter ondersteuning van het fysiotherapeutisch handelen. Het werken met de richtlijnen is niet verplicht en gemotiveerd afwijken van de richtlijnen is mogelijk.

De werkwijze bij de invoering van de richtlijnen is beschreven in hoofdstuk 1.3. In tegenstelling tot de nauwkeurig beschreven methodiek voor de ontwikkeling van de richtlijnen, is er geen methodiek beschreven ten aanzien van de invoering van de richtlijnen. Het KNGF heeft geen concrete doelstellingen ten aanzien van de implementatie van de richtlijnen. Als leidraad en denkkader bij de invoeractiviteiten wordt gebruik gemaakt van het boek van Grol en Wensing over effectieve implementatie (Grol & Wensing 2006). Onderliggend daaraan zijn het model van Rogers (2003) en diverse leertheorieën.

Het KNGF heeft tot nu toe bewust gekozen voor een optimale verspreiding van de richtlijnen, o.a. door het gratis verspreiden van de richtlijnen onder leden. De KNGF-medewerkers en de programmaleider Richtlijnen hebben een verschillende mening over de rol van het KNGF bij de invoering van de richtlijnen. De programmaleider is van

mening dat het KNGF als taak heeft inhoudelijk juiste richtlijnen te ontwikkelen en het gebruik ervan te stimuleren op de wijze zoals dat nu het geval is, dus via een optimale verspreiding. Het is in de ogen van de programmaleider de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut zélf om de richtlijn te gaan gebruiken. De KNGF-medewerkers zijn van mening dat de rol van het KNGF verder gaat dan alleen verspreiding. Men wil bevorderen dat de richtlijnen daadwerkelijk en optimaal gebruikt worden. Men heeft nog niet uitgedacht of vastgelegd wat dit inhoudt.

3.4 Innovatieproces: belemmerende en bevorderende

3.4.1 *Ontwikkeling*

Richtlijnen zelf

Het is lastig, zo niet onmogelijk om richtlijnen te maken die te gebruiken zijn door alle fysiotherapeuten. Niet elke fysiotherapeut heeft immers te maken met alle patiëntcategorieën waarover de richtlijnen gaan. Dit heeft tot gevolg dat niet iedere fysiotherapeut elke richtlijn leest en dat sommige richtlijnen wat minder enthousiast ontvangen worden.

De fysiotherapeut

Fysiotherapeuten zeggen vaak dat hun patiënten niet in de richtlijn passen. Geïnterviewden zijn van mening dat de fysiotherapeut moet leren die elementen uit de richtlijn te halen, die bruikbaar zijn bij de betreffende patiënt. Dit vraagt om voorlichting en coaching. Systematische voorlichting en individuele coaching op de werkplek (training on the job) aan alle fysiotherapeuten is niet in de implementatiemethodiek opgenomen. Dit vanwege het ontbreken van financiering daarvoor, zowel op het niveau van het KNGF als in de praktijken zelf.

Veel fysiotherapeuten kennen de meetinstrumenten die beschreven staan in de richtlijnen niet. Ze weten niet waar ze de meetinstrumenten kunnen vinden en hoe ze deze toe moeten passen. De meetinstrumenten staan wel beschreven in het deskundigheidsbevorderingpakket of in de bijlage van de Verantwoording en Toelichting. Wanneer fysiotherapeuten de meetinstrumenten wel kennen, hebben ze problemen met het toepassen ervan, de vaste meetprocedure en de interpretatie van de gegevens. Ze vinden de meetinstrumenten omslachtig, tijdrovend en organisatorisch lastig en dus doen ze het niet, aldus geïnterviewden. Het KNGF is bezig met het ontwikkelen van een nascholing over klinimetrie.

3.4.2 *Determinantenanalyse*

Voor sommige richtlijnen vindt een determinantenanalyse plaats, maar dit gebeurt niet systematisch en niet voorafgaande aan de publicatie en verspreiding van de richtlijnen.

3.4.3 *Invoerstrategieën*

De implementatiestrategieën per richtlijn zijn niet afgestemd op een determinantenanalyse. Het KNGF is zich ervan bewust dat de huidige manier van invoering, waarbij het accent ligt op het publiceren en verspreiden van de richtlijnen, onvoldoende is. De fysiotherapeuten moeten ook leren hoe ze ermee om moeten gaan en hoe ze een vertaalslag naar de praktijk kunnen maken.

De belangrijkste pijler om de richtlijnen in te voeren is het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapeuten (IOF). Deze wijze van invoering lijkt een effect te hebben. IOFs die

de richtlijn bespreken onder deskundige begeleiding en gebruik maakten van het deskundigheidsbevorderingpakket, bleken in vergelijking met IOFs die alleen de richtlijn kregen uitgereikt, meer kennis en begrip te hebben van de richtlijn. Of deze aanpak ook leidde tot meer handelen volgens de richtlijn, is niet gemeten.

Vanuit het KNGF is een jaarprogramma gemaakt voor bespreking van de richtlijnen in een IOF. Over de periode 2004 tot en met 2007 hebben ongeveer 2700 fysiotherapeuten gekozen voor het jaarprogramma richtlijnen. Onduidelijk is op welke manier de bespreking plaatsvindt en wat de kwaliteit ervan is. Volgens de geïnterviewden is er binnen een IOF meestal geen sprake van intercollegiale toetsing.

De richtlijnen zouden een plaats moeten hebben binnen de reguliere opleidingen fysiotherapie (hogescholen). Studenten die opgroeien met de richtlijnen en weten hoe ze ermee om moeten gaan, zullen naar verwachting van het KNGF ook meer volgens de richtlijnen gaan werken. Het KNGF denkt dat de richtlijnen nu nog te weinig zijn ingepast in het curriculum. Het afgelopen jaar heeft slechts één hogeschool gevraagd of ze de richtlijnen mochten opnemen in hun syllabi. Volgens het KNGF zal een consequentie van het opnemen van de richtlijnen zijn, dat de docenten geschoold moeten worden en dat zij de richtlijnen moeten integreren in hun lesmateriaal.

De programmaleider Richtlijnen zegt vanuit zijn gastdocentschap bij enkele opleidingen te weten dat de richtlijnen niet systematisch in het onderwijs en praktijkstages zijn verweven. Dit is vaak afhankelijk van de mate van betrokkenheid van de individuele docent. Volgens de programmaleider is dit een gemiste kans die meer aandacht verdient.

Het is niet duidelijk (met uitzondering van het Nederlands Paramedisch Instituut) of instituten die nascholingen organiseren over onderwerpen waar richtlijnen over bestaan, de richtlijnen daadwerkelijk als basis gebruiken voor de nascholing. Voor een aantal richtlijnen zijn verplichte nascholingen georganiseerd, namelijk over de richtlijn Verslaglegging en de richtlijn Lage-rugpijn voor manueel therapeuten. Hoewel volgens het KNGF de scholing inhoudelijk werd gewaardeerd, blijkt het verplichtende karakter gevoelig te liggen bij fysiotherapeuten en mogelijk averechts te werken. Ook de verplichting om aan een IOF deel te nemen heeft veel weerstand opgeroepen.

Geïnterviewden geven aan dat er gezocht wordt naar andere vormen van scholing zoals e-learning. Een nadeel van deze vorm van scholing is dat discussie en het trainen van vaardigheden nauwelijks mogelijk zijn. Een voordeel is dat het de fysiotherapeut naar verwachting minder tijd kost, omdat deze vanuit huis op een zelfgekozen tijdstip ermee aan de slag kan.

Verder geeft het elektronisch patiëntendossier in de toekomst meer mogelijkheden om feedback te krijgen op het eigen handelen. Hierdoor kan de fysiotherapeut veel bewuster keuzes maken in de behandeling. De verwachting is dat er binnen vijf jaar programma's op de markt zullen zijn die feedback kunnen geven.

Als laatste noemen de geïnterviewden dat er mogelijk andere eisen voor het kwaliteitsregister zullen komen. Een optie is een verplichte nascholing over één van de onderwerpen van de richtlijnen. Hiermee maakt de fysiotherapeut één keer het hele proces van doorlopen van een richtlijn mee en kan vervolgens deze kennis en vaardigheden toepassen bij andere richtlijnen. Voor gespecialiseerde fysiotherapeuten kunnen wellicht bepaalde cursussen over relevante richtlijnen verplicht gesteld worden.

3.4.4 *Verspreiding*

De geïnterviewden noemen geen knelpunten ten aanzien van de verspreiding van de richtlijnen. In de laatste jaren is er een geleidelijke stijging van de bekendheid met de richtlijnen.

3.4.5 *Adoptie*

Een veelgehoorde klacht is dat het lezen van de richtlijnen en nascholing tijd kosten. Dit moet de fysiotherapeut vaak in eigen tijd doen. ‘Wie betaalt dat ik actueel ben?’ wordt vaak gehoord. Daarnaast vragen sommige fysiotherapeuten zich af waarom ze zich zouden laten nascholen en hun handelen zouden veranderen, omdat men toch wel betaald wordt. Volgens geïnterviewden is er een attitudeverandering van de fysiotherapeut nodig; educatie hoort bij professioneel handelen en de patiënt en zorgverzekeraar verwachten dit. Volgens geïnterviewden is het de taak van het KNGF om instrumenten te ontwikkelen die de mogelijkheid om goede zorg te leveren vereenvoudigen, zoals de ontwikkeling van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het is echter de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut om deze mogelijkheden te gebruiken.

De richtlijnen lijken niet zonder meer bruikbaar in de dagelijkse praktijk. Bij cursussen/bijeenkomsten over de richtlijnen blijken fysiotherapeuten in het begin vaak weerstand te hebben ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen. Wanneer duidelijk gemaakt wordt hoe de fysiotherapeut met een richtlijn om kan gaan en hoe deze te vertalen is naar de individuele patiënt, verdwijnt de weerstand snel.

De programmaleider Richtlijnen heeft de ervaring dat het invoeren van richtlijnen over onderwerpen waar de meeste fysiotherapeuten nog geen ervaring mee hebben (bijvoorbeeld Claudicatio Intermittens), gemakkelijker verloopt. De fysiotherapeuten hoeven dan hun eigen handelen niet te veranderen. Tijdens scholingen ontstaat er minder discussie over het al dan niet eens zijn met de inhoud van de richtlijn.

3.4.6 *Implementatie*

Omgeving

Het kunnen handelen volgens de richtlijnen wordt mede bepaald door hoe aanpalende beroepsgroepen zoals huisartsen ermee omgaan. Op landelijk niveau zijn de relaties met andere beroepsgroepen (zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)) goed, volgens geïnterviewden. Er is afstemming in multidisciplinaire richtlijnen en met het NHG worden Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) gemaakt. Op lokaal niveau is niet bekend hoe huisartsen tegen de KNGF-richtlijnen aankijken. Er zijn geen signalen uit het veld dat huisartsen de KNGF-richtlijnen niet onderschrijven.

Randvoorwaarden

De eerste zitting kost meer tijd door de anamnese en het onderzoek. Er is vaak geen behandeling mogelijk in de eerste zitting. De patiënt verwacht dit wel, en vaak wil de fysiotherapeut dit ook. Dit vergt een attitudeverandering van de fysiotherapeut. Daarnaast moet de fysiotherapeut hierover uitleg geven aan de patiënt.

Het gebruik maken van de meetinstrumenten kost volgens sommige fysiotherapeuten te veel tijd.

3.4.7 *Continuering*

Vooralsnog vinden er geen gerichte activiteiten plaats ter bevordering van de continuering van het gebruik van de richtlijnen.

3.4.8 *Monitoring en evaluatie*

Het is niet duidelijk wat het daadwerkelijke gebruik van de richtlijnen is. Het werken volgens de richtlijnen wordt niet getoetst door het KNGF, zorgverzekeraars of andere instanties. Voor de zorgverzekeraars en het kwaliteitsregister hoeft de fysiotherapeut alleen een intentieverklaring te tekenen. Er bestaat wel een HKZ-certificering voor eerstelijns fysiotherapiepraktijken. De certificering wordt door een externe auditor gedaan. De praktijk moet een intentieverklaring tekenen dat men volgens de richtlijnen handelt. Het daadwerkelijk gebruik van de richtlijnen door de individuele fysiotherapeuten wordt ook in het kader van de HKZ-certificering niet getoetst.

Om het gebruik van de richtlijnen te kunnen bepalen zijn goede indicatoren nodig. Volgens de KNGF-medewerkers is 'optimaal gebruik' lastig te definiëren en te meten. Een richtlijn bestaat uit 20 tot 30 aanbevelingen en daarnaast is gemotiveerd afwijken toegestaan. Verder zijn de richtlijnen vooral een procesbeschrijving. Om deze redenen is het vaststellen van indicatoren lastig. Desalniettemin heeft het KNGF een start gemaakt met het ontwikkelen van indicatoren. Dit gebeurt voor het prospectieve cohortonderzoek naar het handelen van de fysiotherapeuten (zie hoofdstuk 1.3), in samenwerking met de werkgroepleden en op basis van de methode van Campbell (Campbell e.a. 2002, 2003).

De uitkomsten van eerdere onderzoeken, zoals de prospectieve cohort onderzoeken, geven mogelijk een te positief beeld van het handelen van de fysiotherapeuten conform de richtlijnen. De fysiotherapeuten die aan de onderzoeken deelnemen zijn vaak gemotiveerde fysiotherapeuten. Het is niet bekend hoe andere, mogelijk minder gemotiveerde fysiotherapeuten handelen. Het KNGF schat dat circa 1500 fysiotherapeuten (bijna 10%) op een of andere manier betrokken zijn bij de ontwikkeling of evaluatie van de richtlijnen.

3.5 **Context: belemmerende en bevorderende factoren**

3.5.1 *Beleid en strategie*

Het kwaliteitsbeleid dat het KNGF met de richtlijnen nastreeft botst soms met de financiële belangen van eerstelijns fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten die volgens de richtlijnen behandelen, hebben bij een aantal patiëntencategorieën minder zittingen nodig dan voorheen. Dit betekent minder inkomsten. In feite worden ze financieel gestraft voor het werken volgens de richtlijnen. Dit geldt overigens niet voor alle richtlijnen: er zijn ook richtlijnen die juist meer zittingen aanbevelen (zoals COPD en Claudicatio Intermittens).

Bij fysiotherapeuten bestaat de angst dat zorgverzekeraars praktijken gaan afrekenen op het aantal zittingen dat volgens de richtlijnen maximaal gebruikt zou mogen worden bij een bepaalde patiëntencategorie. Het KNGF vindt dat de richtlijnen daarvoor niet bedoeld en ook niet geschikt zijn, mede omdat uit onderzoek blijkt dat het aantal zittingen afhankelijk is van prognostische factoren zoals co-morbiditeit en leervermogen van de patiënt. Bovendien staat het aantal zittingen niet expliciet genoemd in de richtlijnen. Daarnaast is het KNGF van mening dat het bevorderen en

bewaken van de kwaliteit van de zorg primair een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is.

Het KNGF is van mening dat men zich in een politiek-bestuurlijk lastige positie bevindt. Het KNGF wil dat fysiotherapeuten goede kwaliteit leveren en doelmatig handelen volgens de richtlijnen. Dit kan voor een individuele fysiotherapeut financiële consequenties hebben (zowel in positieve als negatieve zin) wanneer de huidige werkwijze afwijkt van die volgens de richtlijn.

3.5.2 *Infrastructuur*

In de eerste jaren van de richtlijnontwikkeling was er bij het KNGF een helpdesk voor vragen van fysiotherapeuten (EHBR: eerste hulp bij richtlijnen). De vragen werden beantwoord in Fysiopraxis. Na 2001 is het KNGF hiermee gestopt, omdat er nauwelijks vragen meer binnenkwamen. Jaarlijks ontvangt het KNGF nu 20 tot 30 vragen over de richtlijnen. Opmerkelijk is dat voor de helft van de vragen het antwoord gewoon in de richtlijn zelf te lezen is.

Na afschaffing van de verplichte deelname aan een IOF, worden de richtlijnen nog steeds besproken in een IOF. Tijdens de verplichte deelname in 2004 en 2005 hebben ruim 1000 IOF deelnemers een IOF jaarprogramma richtlijnen gevolgd. Na het wegvallen van de IOF verplichting hebben in 2006 en 2007 ruim 1700 deelnemers een IOF jaarprogramma richtlijnen gevolgd. Vanaf 2005 krijgen deelnemers aan een jaarprogramma richtlijnen van het IOF 12 accreditatiepunten. Tot 2005 werden er geen accreditatiepunten aan IOF-deelname toegekend. Mede door het wegvallen van subsidies is de ondersteuning vanuit de regiokantoren aan de IOFs voor een groot deel weggefallen. De regiokantoren zijn in aantal en menskracht afgeslankt en bieden niet meer die ondersteuning die men voorheen bood. Momenteel gaat het grootste deel van de beschikbare tijd van de regiomedewerkers op aan het uitvoeren van beleidsactiviteiten van het RGF en het KNGF. Een mogelijk alternatief is dat de regiokantoren in de regio nascholing gaan organiseren in samenwerking met nascholingsinstituten. Op deze manier kunnen de regiokantoren toch nog bijdragen aan de invoering van de richtlijnen. Een van de geïnterviewden is van mening dat de afschaffing van de verplichte IOFs ook een kracht kan zijn, omdat alleen de gemotiveerde fysiotherapeuten zullen blijven deelnemen.

3.5.3 *Financiering*

De eerste richtlijnen zijn ontwikkeld in de subsidieprogramma's OKPZ (Programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg), BKPZ (Bevordering Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg) en IKPZ (Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg) betaald door VWS. Een aantal richtlijnen is (deels) betaald door patiëntenverenigingen: COPD (Astmafonds), Ziekte van Parkinson (PPV), Claudicatio Intermittens (NHS). Momenteel worden de richtlijnen vooral ontwikkeld met contributiegeld van de KNGF-leden. Op dit moment heeft het KNGF ongeveer 200.000 Euro per jaar beschikbaar voor het ontwikkelen en actualiseren van de richtlijnen. Patiëntenverenigingen, ZonMw en andere subsidiegevers verstrekken geen geld meer voor het ontwikkelen van monodisciplinaire richtlijnen. Via het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ), kunnen nog wel multidisciplinaire richtlijnen worden ontwikkeld. Vanwege het beperkte budget heeft het KNGF noodgedwongen keuzes gemaakt en besloten de komende jaren het geld vooral te besteden aan het onderhouden van de bestaande richtlijnen.

Voor implementatie is nauwelijks geld beschikbaar, momenteel zo'n 60.000 Euro per jaar. Daardoor kan het KNGF niet alle activiteiten uitvoeren die men graag zou willen uitvoeren. Dit heeft onder andere consequenties gehad voor de ondersteuningsstructuur en activiteiten vanuit de KNGF-regiokantoren.

Het KNGF vindt het een knelpunt dat het budget voor implementatie laag is, waardoor de implementatie kleinschalig is en een klein bereik heeft. Het KNGF vraagt zich af hoe men de groep fysiotherapeuten die minder voor veranderingen open staat, kan bereiken met weinig geld. Het KNGF verwacht een natuurlijke ontwikkeling waarbij een groep fysiotherapeuten zal ontstaan die wil investeren, die volgens richtlijnen wil gaan werken en die zich meer wil profileren. Er zullen grotere praktijken ontstaan of koepels van praktijken die samenwerken. In deze praktijken zal meer uniformiteit zijn in het handelen, meer intercollegiale toetsing, overleg en intervisie. Verder zal men werken met een kwaliteitssysteem. De andere groep fysiotherapeuten zal niet willen veranderen en niet willen investeren. Het KNGF is van mening dat de zorgverzekeraars de eerstgenoemde groep kan stimuleren door financiële beloningen en daardoor invloed kan uitoefenen op het gebruik van de richtlijnen. Voorbeelden hiervan zijn dat een praktijk extra geld krijgt als men een elektronisch patiëntendossier heeft of HKZ-gecertificeerd is.

In het huidige tarief dat de fysiotherapeut ontvangt zit weinig tijd voor verslaglegging en overleg. Vooral de verslaglegging van de eerste zitting kost meer tijd. Als een patiënt maar een beperkt aantal zittingen nodig heeft, is er relatief weinig tijd voor verslaglegging, dat wil zeggen het vergoedingsaandeel is dan minder. Een hogere vergoeding door de zorgverzekeraar voor de eerste zitting zou een oplossing zijn.

Een bijkomend probleem is dat met ingang van het nieuwe zorgstelsel het aantal zittingen dat vergoed wordt ook afhangt van het soort zorgverzekering dat de patiënt heeft.

Volgens geïnterviewden is er meer transparantie nodig van wat er in de praktijk gebeurt. Fysiotherapeuten staan volgens hen sterker naar zorgverzekeraars toe als ze zich kunnen verantwoorden over de geleverde zorg met behulp van gegevens die ze zelf registreren. Omgekeerd zouden zorgverzekeraars een meer individuele benadering naar de fysiotherapeuten moeten hebben.

3.6 Conclusies

- In tegenstelling tot de nauwkeurig beschreven methodiek voor de ontwikkeling van de KNGF-richtlijnen, is er geen methodiek beschreven voor de invoering van de richtlijnen. Het KNGF heeft geen concrete doelstellingen voor ogen wat betreft de invoering. Hoewel men zich ervan bewust is dat voor een goede invoering meer nodig is dan alleen de verspreiding van de richtlijnen, is het ontbreken van financiering de belangrijkste reden om zich toch hiertoe te beperken. Gezien de beperkte middelen is gekozen voor de ontwikkeling van de richtlijnen en het onderhoud ervan (ten koste van de invoering).
- Voor een goed gebruik van de richtlijnen is een attitudeverandering en een tijdsinvestering van de fysiotherapeuten nodig. Een groot deel van de fysiotherapeuten lijkt niet open te staan voor de richtlijnen.
- Een mogelijke oorzaak is dat de richtlijnen niet zonder meer bruikbaar zijn en er een vertaalslag naar de praktijk nodig is. Scholing, training en coaching zijn daarvoor de aangewezen methoden, alleen ontbreekt de financiering om dit gratis vanuit landelijk niveau te kunnen aanbieden. Daarnaast is het KNGF van mening

dat fysiotherapeuten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben wat betreft het werken volgens richtlijnen en het volgen van de daartoe noodzakelijke scholing.

- Het IOF is mede opgezet voor de invoering van de richtlijnen. In de IOFs worden de richtlijnen nog steeds besproken hoewel er meestal geen sprake is van intercollegiale toetsing. Momenteel is deelname aan een IOF niet meer verplicht en ook het bespreken van de richtlijnen in een IOF is vrijblijvend.
- Eén van de onderdelen van de richtlijnen waar veel fysiotherapeuten problemen mee hebben is het toepassen van de meetinstrumenten in de richtlijnen. Daarvoor lijkt scholing de aangewezen methode.
- Tenslotte hoort het KNGF van fysiotherapeuten terug dat zorgverzekeraars de neiging hebben om praktijken af te rekenen op het (niet) gebruik van de richtlijnen (met name de richtlijn verslaglegging). Dit zorgt voor een negatieve attitude van de fysiotherapeuten ten aanzien van de richtlijnen. Het KNGF vindt dat de richtlijnen daarvoor niet bedoeld en ook niet geschikt zijn. Daarnaast is het KNGF van mening dat de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de zorg primair een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is.

Gegeven de huidige beperkte financiële middelen en de beperkte infrastructuur, noemt het KNGF de volgende suggesties voor verbetering van de invoering van de richtlijnen:

- Ontwikkeling van nascholing over klinimetrie om het gebruik van de meetinstrumenten in de richtlijnen te bevorderen
- Ontwikkeling van e-learning omdat dit naar verwachting een vrij goedkope manier van scholing is en dit naar verwachting de fysiotherapeut minder tijd kost
- Het inbouwen van methoden in het elektronisch patiëntendossier zodat de fysiotherapeut feedback kan krijgen op het eigen handelen
- Het ontwikkelen van indicatoren door KNGF zelf in plaats van door de zorgverzekeraars
- Het financieel belonen van fysiotherapiepraktijken door zorgverzekeraars als ze werken volgens de richtlijnen.

4 Resultaten interviews medewerkers KNGF-regiokantoren

4.1 Inleiding

Paragraaf 4.2 geeft een beschrijving van de respondenten. Vervolgens worden knelpunten en suggesties voor verbetering beschreven die de respondenten noemden met betrekking tot het innovatieproces (4.3) en de context van de invoering (4.4). De interviews worden in samenhang tot elkaar besproken. Daar waar de meningen verschillen of er sprake is van een afwijkende situatie, wordt dit apart vermeld. In hoofdstuk 4.5 wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen.

4.2 Beschrijving van de respondenten

Er vonden drie individuele interviews plaats met medewerkers van de KNGF-regiokantoren Zuidoost-Nederland, Midden-Nederland en West-Nederland. Recentelijk vond een reorganisatie van de regiokantoren plaats vanwege het verlagen van de landelijke subsidie ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Hierdoor zijn de functies en taken van de regiomedewerkers veranderd. Ten tijde van de interviews was het KNGF nog bezig met het formuleren van de gewijzigde functies. Kort na de reorganisatie van de regiokantoren is de IOF-verplichting weggefallen. Ook dit heeft zijn weerslag gehad op de taken van de regiomedewerkers. De regiomedewerkers werd daarom zowel gevraagd naar de taken en de rol van het regiokantoor voorafgaande aan de reorganisatie, alsook naar de taken en de rol die het regiokantoor in de nieuwe situatie vervult c.q. in hun optiek zou moeten vervullen.

4.3 Innovatieproces: belemmerende en bevorderende factoren

4.3.1 *Ontwikkeling*

Eén van de regiomedewerkers is van mening dat de richtlijnen aantrekkelijker moeten worden om te lezen en eenvoudiger, waardoor de essentie er sneller uitgehaald kan worden. Deze regiomedewerker geeft ook aan dat tijdens besprekingen van de richtlijnen binnen IOFs of in andere verbanden blijkt dat sommige fysiotherapeuten alleen het stroomdiagram lezen. De totale richtlijn is te omvangrijk en lukt niet uit tot lezen. Het stroomdiagram alléén is weer te weinig. Een veelgehoorde klacht is dat fysiotherapeuten het gevoel hebben dat er veel dubbele informatie in de richtlijn staat. Het lijkt hetzelfde, maar is het niet. Zo lijken de patiëntenprofielen uit de richtlijn artrose erg veel op elkaar; per profiel staat de behandeling uitgebreid beschreven met veel dezelfde informatie.

4.3.2 *Determinantenanalyse*

Er zijn geen specifieke knelpunten genoemd met betrekking tot het al dan niet uitvoeren van een determinantenanalyse.

4.3.3 *Invoerstrategieën*

Rol vóór reorganisatie

Zoals vermeld in hoofdstuk 1.3 was de belangrijkste pijler om de richtlijnen in te voeren het IOF. De kwaliteitsmedewerkers van de regiokantoren zijn destijds aangenomen om

het kwaliteitsbeleid van het KNGF uit te voeren, met name door het ondersteunen van IOFs. Via het train-de-trainers principe werden de kwaliteitsmedewerkers door het CBO getraind om de implementatie in gang te zetten. Op hun beurt trainden de kwaliteitsmedewerkers de IOF-coaches. De kwaliteitsmedewerkers verrichtten de volgende activiteiten:

- training en begeleiding van de IOF-coaches;
- het organiseren van startbijeenkomsten voor IOF-coaches die met hun IOF het jaarprogramma met betrekking tot de richtlijnen artrose of claudicatio intermittens gingen volgen. Een jaarprogramma is een stappenplan hoe de richtlijn in een aantal bijeenkomsten besproken kan worden. Tijdens dergelijke startbijeenkomsten vertelde de kwaliteitsmedewerker wat de IOF-coaches van het regiokantoor konden verwachten en werd de betreffende richtlijn soms door de programmaleider Richtlijnen toegelicht;
- het beantwoorden van vragen vanuit de IOFs;
- het verzamelen van tussen- en eindevaluaties (schriftelijke vragenlijsten) van de IOF-jaarprogramma's.

De drie regiomedewerkers geven aan dat een dergelijke opzet in de praktijk goed werkte.

Rol na reorganisatie

De regiomedewerkers geven aan dat vanwege het wegvallen van financiën de taken van het regiokantoor beperkt zijn. Waar voorheen de regiokantoren een zelfstandige functie hadden bij de invoering van de richtlijnen, worden de lijnen nu uitgezet vanuit het hoofdkantoor en zijn de regiokantoren vooral uitvoerend c.q. volgend.

Doordat deelname aan een IOF niet meer verplicht is én vanwege de reorganisatie van de regiokantoren, zijn de IOFs minder belangrijk geworden voor de regiokantoren. De activiteiten vanuit het regiokantoor richten zich vooral op het stimuleren van de IOFs tot deelname aan de IOF-jaarprogramma's. Slechts een deel van de jaarprogramma's gaat over de richtlijnen. Voor de volgende richtlijnen bestaan jaarprogramma's: artrose heup/knie, lage rugpijn, whiplash, enkelletsel en claudicatio intermittens. Daarnaast is een jaarprogramma over de implementatie van richtlijnen ontwikkeld. De IOF-coaches worden via de mail geattendeerd op nieuwe jaarprogramma's. De IOFs worden nu vraaggestuurd en digitaal begeleid vanuit het KNGF-hoofdkantoor. De IOFs kunnen per mail hun vragen stellen en krijgen per mail antwoord. Eén van de regiomedewerkers heeft sterke twijfels over deze vraaggestuurde begeleiding; voor een goede invoering moeten de regiokantoren acties ondernemen, ook wanneer er geen vragen komen vanuit IOFs. Daarnaast betwijfelt deze regiomedewerker of digitale ondersteuning alléén voldoende is om de richtlijnen te implementeren. Een andere regiomedewerker zegt nog wel vanuit het regiokantoor ondersteuning te bieden bij inhoudelijke vragen.

Omdat de jaarplannen van de IOFs niet meer gelezen worden door de regiomedewerkers, weet men niet waar de IOFs mee bezig zijn. In algemene zin vinden de regiomedewerkers het niet goed dat er geen enkel zicht is op hoe de jaarprogramma's worden uitgevoerd. Vanuit het hoofdkantoor wordt er teveel vanuit gegaan dat de IOFs het format van het jaarprogramma volgen, aldus één van de regiomedewerkers. Er wordt weliswaar geregistreerd hoeveel IOFs met een bepaald programma aan de slag gaan, maar niet op welke manier. De IOFs vullen aan het einde van het jaar een zelfreflectietoets in, maar deze toetsen zijn vrijblijvend en de reflectievragen geven ook geen zicht op de uitvoering van de programma's, aldus de regiomedewerkers.

In de huidige constructie organiseren de regiokantoren nog wel regiobijeenkomsten die over de vakinhoud kunnen gaan, maar ook over andere aspecten van het vak. Deze informatiebijeenkomsten kunnen deel uitmaken van een IOF-jaarprogramma, maar ook een aanvulling zijn op de jaarprogramma's. Het aantal bijeenkomsten dat jaarlijks wordt georganiseerd is wisselend, maar beperkt (2-4 bijeenkomsten). Eén van de regiomedewerkers heeft startbijeenkomsten voor IOF-coaches georganiseerd rondom de richtlijnenjaarprogramma's, maar deze werden niet bezocht.

Gewenste rol regiokantoren

Eén van de regiomedewerkers geeft aan meer bijeenkomsten/workshops te willen organiseren over de richtlijnen waarin de meerwaarde van groepen gebruikt wordt, namelijk dat men met elkaar over de richtlijn spreekt. Dit kan binnen een IOF, maar hoeft niet. Deze bijeenkomsten kunnen ook binnen een grote praktijk of met enkele praktijken samen georganiseerd worden. Misschien is dat zelfs voor veel fysiotherapeuten beter, omdat er dan een groter persoonlijk belang is. Binnen dergelijke groepen kan bijvoorbeeld besproken worden hoe de kwaliteit van het handelen of de contacten met verwijzers verbeterd kunnen worden. De rol van het regiokantoor zou dan zijn om fysiotherapeuten bij elkaar te brengen en de middelen die centraal ontwikkeld worden, te verspreiden.

Een andere regiomedewerker zegt een grotere rol te willen/kunnen spelen bij de implementatie van de richtlijnen via de IOFs. Een mogelijke activiteit is om IOFs die een jaarprogramma uitvoeren een aantal keer per jaar te bellen om te horen hoe het gaat.

Een manier om richtlijnen te implementeren is het regionaal organiseren van (verplichte) inhoudelijke avonden waarbij er vooral praktisch aan de slag gegaan wordt, met eventueel patiënten erbij. Deze avonden zouden ook voor de niet IOF-leden toegankelijk moeten zijn. De regiomedewerker heeft wel twijfels over de opkomst, omdat de richtlijnen niet echt een "hot item" zijn.

Eén van de regiomedewerkers is voorstander van visitaties en audits om te kijken of fysiotherapeuten volgens de richtlijnen werken. Visitaties en audits dienen dan niet als controle te worden ingezet, maar om bewustwording te creëren en feedback te geven. Dit kan door samen met fysiotherapeuten in kaart brengen waarom het niet lukt om met de richtlijnen te werken en wat bevorderende en belemmerende factoren zijn.

Een andere suggestie is het stimuleren van een digitale uitwisseling tussen fysiotherapeuten onderling en met de ontwikkelaars van de richtlijnen. Via deze weg kunnen ervaringen worden uitgewisseld en kan gediscussieerd worden waarom het wel of niet lukt om volgens de richtlijnen te werken. Het regiokantoor zou in de organisatie en begeleiding ervan een rol kunnen hebben. Het is niet bekend of fysiotherapeuten hier behoefte aan hebben. In het verleden heeft het regiokantoor Zuidoost-Nederland een tijd gewerkt met digitale nieuwsgroepen. Deze bleken volgens de regiomedewerker niet te werken.

4.3.4 Verspreiding

Er zijn geen knelpunten genoemd met betrekking tot de verspreiding van de richtlijnen.

4.3.5 Adoptie

Alle regiomedewerkers geven aan dat ze een aantal jaren geleden (bijvoorbeeld tijdens regiobijeenkomsten) negatieve geluiden hoorden van fysiotherapeuten over de

richtlijnen en de ervaren verplichtingen. Dit lijkt de laatste jaren te zijn afgenomen, wellicht mede door het niet meer verplicht stellen van de IOF-deelname.

De algemene indruk is dat fysiotherapeuten de richtlijnen nuttig vinden en dat de richtlijnen door veel fysiotherapeuten in meer of mindere mate worden gelezen. Eén van de regiomedewerkers vermoedt dat vooral de gemotiveerde fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn op een bepaald onderwerp ook echt wat met de richtlijnen doen. Het is lastig in te schatten wat de rest van de fysiotherapeuten ermee doet en het idee bestaat dat dit wellicht niet al te veel is.

4.3.6 *Implementatie*

Richtlijn zelf

Eén van de regiomedewerkers zegt circa tien vragen per jaar te krijgen over de richtlijnen. Meestal zijn het inhoudelijke vragen over bijvoorbeeld meetinstrumenten. Deze vragen worden doorspeeld naar de afdeling Beleid & Ontwikkeling van het KNGF-hoofdkantoor.

De fysiotherapeut

Eén van de regiomedewerkers zegt dat het fysiotherapeuten (soms teveel) tijd en energie kost om het eigen handelen te veranderen.

Organisatie

Eén regiomedewerker hoort vaak dat het werken volgens de richtlijnen niet altijd past in de praktijkorganisatie. Als het handelen volgens de richtlijn tijdrovend is, gaat een werkgever bijvoorbeeld niet akkoord terwijl de werknemer best gemotiveerd is om volgens de richtlijn te handelen.

Niet elke fysiotherapeut heeft te maken met alle patiëntencategorieën waarover de richtlijnen gaan. Eén van de regiomedewerkers geeft aan dat fysiotherapeuten/praktijken zouden moeten beslissen welke patiëntencategorieën ze willen behandelen. Hierover kunnen ze afspraken maken met collega's of praktijken in de buurt. Op deze manier kunnen verwijzers pro-actief benaderd worden over de patiëntencategorieën die een fysiotherapeut/praktijk wil en kan behandelen. Er zijn immers goede contacten met verwijzers nodig om bepaalde patiëntencategorieën doorgestuurd te krijgen. Deze regiomedewerker geeft aan dat er steeds meer netwerken ontstaan om dit te bewerkstelligen. Het regiokantoor zou hierin een rol kunnen hebben door het aanreiken van middelen hoe een dergelijk netwerk opgezet kan worden.

Randvoorwaarden

Eén van de regiomedewerkers vertelt dat ze uit eigen ervaring in de praktijk gemerkt heeft dat de tijd vaak tekort schiet om geheel volgens de richtlijn te werken. Terugkijkend naar hoe gehandeld is, laat vaak zien dat ze impliciet wel volgens de richtlijn heeft gewerkt. Soms zijn investeringen in extra materiaal noodzakelijk (bijvoorbeeld een loopband voor de behandeling van claudicatio intermittens). Het geld hiervoor is niet altijd beschikbaar.

4.3.7 *Continuering*

Er zijn geen knelpunten genoemd met betrekking tot de continuering van het gebruik van de richtlijnen omdat hier tot nu toe nog geen aandacht voor is.

4.4 Context: belemmerende en bevorderende factoren

4.4.1 *Beleid en strategie*

In de huidige constructie is het KNGF-hoofdkantoor verantwoordelijk voor de implementatie van de richtlijnen. Het regiokantoor voert uit wat het hoofdkantoor oplegt, aldus de regiomedewerkers. Daarnaast ligt er een verantwoordelijkheid bij de fysiotherapeut zelf. Twee regiomedewerkers geven aan dat het hoofdkantoor tot nu toe geen beleid heeft ten aanzien van de invoering van de richtlijnen. Ze vinden het wel wenselijk dat er een duidelijk beleid komt. De vraag is wat de taken en mogelijkheden van het KNGF zijn bij de invoering van de richtlijnen en wat de eigen verantwoordelijkheid is van de fysiotherapeut. Het KNGF zou de invoering van de richtlijnen meer moeten stimuleren en daarvoor de regiokantoren actiever moeten inzetten. De beste optie lijkt het organiseren van regionale vakinhoudelijke, praktische bijeenkomsten die gericht zijn op gedragsverandering. Eén van de regiomedewerkers is van mening dat (verplichte) scholing noodzakelijk is, willen de fysiotherapeuten de richtlijnen daadwerkelijk (kunnen) gaan gebruiken. Alle fysiotherapeuten moeten hiermee bereikt worden, dus niet alleen de voorlopers of de IOF-leden. Een verplichting is wenselijk, maar staat op gespannen voet met de visie dat fysiotherapeuten ondernemers moeten zijn die zelf initiatieven ontplooiën, aldus deze medewerker. Daarnaast zijn veel fysiotherapeuten ‘allergisch’ voor verplichte scholing. Het KNGF heeft een imago probleem, aldus één van de regiomedewerkers. Dat maakt dat er weerstand is tegen de richtlijnen.

Twee regiomedewerkers zeggen dat de zorgverzekeraars de fysiotherapeuten te veel afrekenen op het gebruik van de richtlijnen (audit dossier, behandelgemiddelde, kwaliteitsbonus). Met name de richtlijn Verslaglegging wordt getoetst. Volgens deze regiomedewerkers zijn de richtlijnen daarvoor niet bedoeld en ook niet geschikt.

4.4.2 *Infrastructuur*

De basis voor het werken met de richtlijnen moet worden gelegd in de opleiding. De opleidingsinstituten zouden de richtlijnen meer moeten verweven in hun onderwijs, bijvoorbeeld door met casuïstiek te werken.

Het verzamelen van de tussen- en eindevaluaties van de IOFs en de zelfreflectietoetsen verloopt via het KNGF-hoofdkantoor. De communicatie hierover tussen het hoofdkantoor en de regiokantoren is volgens twee regiomedewerkers niet goed. Hierdoor hebben de regiokantoren geen zicht op welke IOFs deze evaluaties wel of niet invullen en wat eruit komt. Informatie uit de reflectieverlagen van de IOF-jaarprogramma's zou gebundeld moeten worden.

4.4.3 *Financiering*

Vanwege verlaging van het kwaliteitsbudget en de keuze van het KNGF om de prioriteit te leggen bij de ontwikkeling van de richtlijnen, kunnen de regiokantoren niet meer de activiteiten uitvoeren die noodzakelijk zijn voor een goede invoering van de richtlijnen.

4.5 Conclusies

- Sinds de reorganisatie binnen het KNGF hebben de regiokantoren nauwelijks nog een rol in de implementatie van de richtlijnen. Ze hebben daardoor ook geen zicht

op de mate waarin fysiotherapeuten werken volgens de richtlijnen, tegen welke knelpunten ze aanlopen, of de IOFs de richtlijnen bespreken en op welke manier.

- De regiomedewerkers vinden dat naast scholing, het bespreken van de richtlijnen in groepen essentieel is om het gedrag van fysiotherapeuten te veranderen. Dit kan in IOFs, maar ook in andere netwerken of in grote praktijken. De regiokantoren zouden graag een rol spelen bij het stimuleren of opzetten van dergelijke bijeenkomsten. Ze onderkennen dat het lastig zal zijn om activiteiten te organiseren die echt aanslaan bij de fysiotherapeuten. Richtlijnen zijn tot nu toe geen 'hot item', regiobijeenkomsten worden slecht bezocht en fysiotherapeuten willen geen verplichte cursussen of bijeenkomsten.
- Het is voor de regiomedewerkers niet duidelijk in hoeverre de IOFs die een jaarprogramma over richtlijnen volgen het jaarprogramma ook echt volledig doornemen en wat het resultaat daarvan is.
- De regiomedewerkers vinden dat de zorgverzekeraars de fysiotherapeuten op een onterechte manier afrekenen op het gebruik van de richtlijnen.

De medewerkers van de regiokantoren noemen de volgende suggesties voor verbetering van de invoering van de richtlijnen:

- Naast scholing is het bespreken van de richtlijnen in groepen essentieel om het gedrag van fysiotherapeuten te veranderen.
- Het is wenselijk dat het KNGF-hoofdkantoor een duidelijk beleid opstelt ten aanzien van de implementatie van de richtlijnen en de rol van de regiokantoren hierin.
- Praktijken en fysiotherapeuten zouden een keuze moeten maken welke patiëntencategorieën ze willen behandelen. Dit betekent dat ze onderling (op praktijkniveau) afspraken moeten maken en met verwijzers. Daarnaast moeten ze netwerken ontwikkelen. Het regiokantoor zou hierbij ondersteuning kunnen bieden.
- Het doen van visitaties/audits is een mogelijkheid om het gebruik van de richtlijnen te stimuleren en te monitoren.

5 Resultaten interviews opleidings- en nascholingsinstituten

5.1 Inleiding

Na de beschrijving van de respondenten in paragraaf 5.2, worden in paragraaf 5.3 en 5.4 de visie en werkwijze met betrekking tot de richtlijnen beschreven van respectievelijk de opleidingen fysiotherapie en twee nascholingsinstituten. In de paragrafen 5.5 en 5.6 komen de knelpunten en suggesties voor verbetering aan de orde met betrekking tot het innovatieproces en de context van de invoering van de richtlijnen. In hoofdstuk 5.7 wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen. Om de leesbaarheid te bevorderen wordt niet het aantal mensen vermeld dat een bepaalde uitspraak heeft gedaan. Wanneer slechts een of twee mensen een uitspraak deden, is dat expliciet vermeld. In alle overige gevallen is de uitspraak door het merendeel van de geïnterviewden gedaan c.q. werd door het merendeel onderschreven.

5.2 Beschrijving van de respondenten

In het voorjaar van 2007 werden individuele interviews gehouden met zes contactpersonen van de volgende opleidingen fysiotherapie:

- de Hogeschool Leiden: de coördinator hoofdfase opleiding fysiotherapie (tevens docent en bewegingswetenschapper) en een docent (tevens fysiotherapeut)
- de Hogeschool van Amsterdam: de onderwijsmanager en tevens docent
- Avans Hogeschool: een docent innovatie en onderzoek
- Thim van der Laan Hogeschool Fysiotherapie: adjunct directeur
- de Hogeschool Utrecht: de voorzitter van de Expertisegroep Fysiotherapie Hogeschool Utrecht.

Daarnaast zijn contactpersonen van twee nascholingsinstituten geïnterviewd, één met contactonderwijs (Nederlands Paramedisch Instituut: het hoofd van de afdeling Deskundigheidsbevordering) en één met schriftelijk onderwijs (AccreDidact: de coördinator fysiotherapie).

5.3 Visie en werkwijze van opleidingen fysiotherapie

Alle opleidingen onderschrijven het nut en de noodzaak van richtlijnen. Voor alle opleidingen is het vanzelfsprekend dat meteen vanaf het eerste jaar de richtlijnen verweven zijn met het onderwijs. Dit blijft zo in alle leerjaren. Basisafspraken is dat overal waar de richtlijnen toegepast kunnen worden dit ook gedaan wordt. Zo groeien de studenten van het begin af aan op met de richtlijnen en leren ze die toepassen in verschillende situaties. De opleidingen geven echter ook aan dat de wijze waarop en mate waarin de richtlijnen aan bod komen wisselend is en deels docent-afhankelijk.

In de lesstof die betrekking heeft op onderwerpen waarover een richtlijn bestaat, vormt de richtlijn het uitgangspunt. De manier waarop de richtlijnen gebruikt worden in het onderwijs varieert. Eén opleiding geeft als voorbeeld dat in een college over CVA de richtlijn beroerte wordt gevolgd en deze richtlijn op de literatuurlijst staat. Een andere opleiding geeft aan dat de richtlijnen terugkomen binnen de verschillende thema's. Bijvoorbeeld in het eerste kwartaal van het eerste jaar wordt de onderste extremiteit behandeld en hierbij komen dan de richtlijnen over enkelletsel, heup en knieartrose aan

de orde. In het zesde kwartaal in het tweede jaar worden centraal neurologische aandoeningen besproken en komen de richtlijnen beroerte en Parkinson aan de orde. De richtlijn verslaglegging is meer algemeen van aard en komt regelmatig terug.

De richtlijnen worden soms gebruikt bij casuïstiek, zodat iedere student leert de richtlijnen te gebruiken bij het nemen van een beslissing (keuze voor een meetinstrument, type behandeling, etc.). In deze casuïstiek lessen moeten studenten aangeven of er raakvlakken zijn met een bepaalde richtlijn, zo ja of de richtlijn passend is en of er volgens de richtlijn behandeld kan worden. Dit zou volgens één opleiding nog verder uitgewerkt kunnen worden. Deze opleiding is in het eerste jaar begonnen met competentiegericht onderwijs. In de blokuren Klinisch onderwijs is veel aandacht voor het bespreken van patiënten en de reflectie op de behandeling. Hierin spelen richtlijnen een belangrijke rol.

Een andere opleiding heeft als suggestie om studenten als casus een patiëntenkaart van een fysiotherapeut te geven en ze te laten nagaan of deze fysiotherapeut heeft gewerkt volgens de richtlijn.

Naast de inhoudelijke bespreking van de richtlijnen hebben de meeste opleidingen ook een module kwaliteit van de zorg. Hierin is aandacht voor het methodisch handelen, het klinisch redeneren, richtlijnen in algemene zin, het omgaan met richtlijnen, het doel van richtlijnen, de knelpunten waar fysiotherapeuten tegenaan kunnen lopen, het lezen van wetenschappelijke artikelen en het beoordelen van reviews. Bij één van de opleidingen wordt in het eerste jaar in totaal zes uur besteed aan het tot stand komen van de richtlijnen, de waarde ervan en de onderbouwing. Bij een andere opleiding staat de fase voor de stage in het teken van kwaliteitszorg met extra aandacht voor het werken met de richtlijnen.

5.4 Visie en werkwijze van nascholingsinstituten

Beide nascholingsinstituten onderschrijven het nut en de noodzaak van de KNGF-richtlijnen. Zij vinden dat de implementatie van de richtlijnen essentieel is en dat nascholingsinstituten daarin een belangrijke rol kunnen spelen.

5.4.1 *Nederlands Paramedisch Instituut (contactonderwijs)*

Het NPi heeft zich als doel gesteld om relevante onderzoeksresultaten op het terrein van de fysiotherapie en de resultaten van KNGF-richtlijnontwikkeling direct te verweven in bestaande NPi-cursussen en indien wenselijk nieuwe cursussen te ontwikkelen. Nascholing speelt volgens de geïnterviewde van het NPi een centrale rol in de implementatie van de richtlijnen, aangezien door middel van de juiste scholing de richtlijnen meer voor de fysiotherapeuten gaan 'leven' en ze hun eigen diagnostisch en therapeutisch handelen beter leren beargumenteren. Met juiste scholing wordt bedoeld: de richtlijn op subtiele manier verweven in een cursus, steeds weer terugkomen op de richtlijn en het verlevendigen van de richtlijn zodat een vertaalslag naar de praktijk kan plaatsvinden. Dit vereist een goed docententeam.

De KNGF-richtlijnen vormen dus een uiterst belangrijker pijler van de NPi-cursussen. Aangezien veel NPi-docenten betrokken zijn bij de ontwikkeling van de KNGF-richtlijnen worden ook tijdens de ontwikkelfase van de richtlijnen de deelnemers aan de desbetreffende cursussen al op de hoogte gebracht van de meest actuele stand van zaken.

Bij een aantal NPi-cursussen vormen de richtlijnen de leidraad van de cursus, met name bij nieuwe cursussen die ontwikkeld worden naar aanleiding van het gereed komen van een richtlijn. Bij deze cursussen is de richtlijn soms in het cursusmateriaal opgenomen.

Dit geldt voor de volgende cursussen:

- Osteoporose in de cursus ‘Osteoporose’
- Whiplash in de cursus ‘Het whiplash-probleem’
- Claudicatio Intermittens in de cursus ‘Perifeer vaatlijden’
- Manuele therapie bij Lage-rugpijn in de verplichte module 'Richtlijn Manuele Therapie bij Lage-rugpijn'
- Enkelletsel in de vernieuwde cursus ‘Acute en chronische enkelletsels’.

In reeds bestaande cursussen wordt er tijdens de cursus regelmatig verwezen naar (onderdelen van) de richtlijn. Bij deze cursussen wordt expliciet verwezen naar de PDF-files van de richtlijnen op de KNGF-site. De stof in de cursussen is in overeenstemming met de inhoud van de richtlijnen.

In de nascholing van het NPi is veel aandacht voor het vertalen van de richtlijnen naar de praktijk door het aanbieden van casussen en video-opnamen. Aan de hand van deze casussen en video-opnamen wordt gediscussieerd en spiegelen fysiotherapeuten hun eigen handelen aan de richtlijn. Hierdoor worden de richtlijnen verlevendigd en vindt de vertaalslag naar de praktijk plaats. Bij de bespreking van casussen wordt de richtlijn gebruikt als bron van externe evidentie. Eventueel afwijken van de richtlijn wordt dan beargumenteerd en gebruikte redeneringen worden onderling getoetst op logische verbanden.

Na afloop van de cursussen zijn er vervolgvacatures voor de cursisten, zodat ze op de hoogte kunnen blijven van ontwikkelingen op het gebied van het onderwerp van de cursus (zoals een cursistenservice met Nederlandstalige vertalingen van artikelen en recente ontwikkelingen, een terugkomdag, interactieve toetsen).

Naast het aanbieden van contactonderwijs biedt het NPi ook e-learning aan, de zogenaamde NPi-learning. Daarin staan de richtlijnen centraal. Het uitgangspunt van NPi-learning is dat deelnemers aan cursussen ook na afloop van een cursus in de lijn van de cursus via Internet praktijkopdrachten en toetsen kunnen maken. Verder wordt NPi-learning veelvuldig gebruikt voorafgaande en tijdens cursussen. NPi-learning sluit dus aan bij de NPi-cursussen. In bijlage D is een overzicht opgenomen van de NPi-cursussen waar de KNGF-richtlijnen een belangrijk onderdeel van uitmaken.

5.4.2 *AccreDidact (schriftelijk onderwijs)*

Vanaf 2004 geeft AccreDidact geaccrediteerde individuele schriftelijke nascholingsprogramma's uit voor fysiotherapeuten. De scholing is gericht op beroepsbeoefenaren die hoofdzakelijk zelfregulerend en zelflerend willen werken binnen de context van de eigen praktijk. Doel is het professioneel handelen en de kwaliteit van zorg te continueren, verbeteren of vernieuwen.

Tijdens het IKPZ-programma (Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg) is gestart met een pilot waarin een nascholingsprogramma over een richtlijn is ingezet bij IOFs. Die is goed verlopen. Daarna zijn in eerste instantie programma's ontwikkeld die nauw aansloten bij richtlijnen (lage-rugpijn, ziekte van Parkinson, artrose van heup en knie, chronisch enkelletsel en whiplash). Nu worden er ook programma's ontwikkeld die niet direct betrekking hebben op een bepaalde richtlijn. AccreDidact heeft ook het IOF-jaarprogramma geschreven over de bespreking van de richtlijn artrose van heup en knie.

De programma's zijn gebaseerd op recente literatuur en relevante richtlijnen. De programma's bestaan uit leerteksten, vragen met opdrachten, reflectie en praktijkopdrachten. Elk programma is voorzien van een verplichte vorm van educatieve toetsing.

Om volgens de richtlijnen te gaan werken, is een gedragsverandering nodig bij de fysiotherapeut. Het nascholingsprogramma van Accredidact is gebaseerd op een zesstappenplan van gedragsverandering. De formule van AccreDidact is om de inhoud van een richtlijn praktisch en op een beknopte en bondige wijze aan te bieden, in 'hapklare brokken'. Dit krijgt ook vorm in een klein formaat boekje wat dun oogt. De informatie van de richtlijn is daarin verwoord in ongeveer acht leerdoelstellingen. In het nascholingsprogramma is met name aandacht voor de nieuwe onderwerpen in de richtlijn, de niet goed uitgewerkte onderwerpen en de praktische problemen. Er wordt geprobeerd een vertaalslag te maken naar de praktijk. Een voorbeeld van een praktisch probleem is het gebruik van Algofunctional Index bij artrose van heup of knie. AccreDidact heeft meer praktische informatie over dit meetinstrument gegeven zodat er eerder mee gewerkt kon worden. Een ander voorbeeld met betrekking tot de richtlijn Whiplash is het uitwerken van het tijdcontingent behandelen zodat fysiotherapeuten de adviezen in de praktijk kunnen toepassen.

Het programma wordt ontwikkeld door een werkgroep van inhoudsdeskundigen. Deze werkgroep bepaalt de onderwerpen van het programma. De hoofdauteur van de richtlijn zit altijd in de werkgroep.

In de nascholingsprogramma's over een bepaalde richtlijn is de richtlijn het uitgangspunt en is de stof conform de inhoud van de richtlijn. De richtlijn wordt niet bijgevoegd aan het nascholingsmateriaal; het KNGF heeft de richtlijn immers al verspreid. Er wordt niet expliciet verwezen naar de richtlijn en de cursist hoeft de richtlijn er niet bij te nemen tijdens het doorlopen van het nascholingsprogramma. Het doel van AccreDidact is om op een efficiënte wijze de inhoud van een richtlijn door te nemen. Een bijkomende reden om niet expliciet naar de KNGF-richtlijnen te verwijzen is dat AccreDidact mogelijk een bepaald bedrag aan het KNGF zou moeten betalen als hun nascholingsprogramma teveel verbonden was aan een richtlijn.

Er is een redelijke interesse in de op de richtlijnen gebaseerde nascholingsprogramma's van AccreDidact, maar niet voldoende om hiermee door te gaan. Dit kan te maken hebben met het slechte imago van de richtlijnen onder fysiotherapeuten in de beginjaren dat AccreDidact met de nascholingsprogramma's startte (2004/2005). Om deze redenen ontwikkelt AccreDidact nu geen nascholingsprogramma's meer direct aansluitend bij een richtlijn. Wel is AccreDidact bereid om samen met het KNGF na te denken over verschillende implementatiestrategieën en de mogelijke rol van AccreDidact daarin.

5.5 Innovatieproces: belemmerende en bevorderende factoren

5.5.1 *Ontwikkeling*

Volgens een geïnterviewde van een opleiding fysiotherapie is de terminologie in de richtlijnen soms lastig voor studenten. De mensen die de richtlijnen ontwikkelen lopen vaak voor en nieuwe terminologie ontstaat vaak aan de hand van nieuwe richtlijnen. Ook vindt hij sommige richtlijnen te globaal, bijvoorbeeld de richtlijn lage rugpijn. Er is een verdere nuancering nodig van bepaalde subgroepen. De vormgeving van de richtlijnen kan verbeterd worden: het zouden goed leesbare, compacte richtlijnen moeten zijn met een uitgebreide verantwoording en toelichting. Verder geeft hij aan dat

de richtlijnen monodisciplinair zijn, terwijl multidisciplinaire samenwerking steeds belangrijker wordt, zeker in de tweede lijn.

Volgens de geïnterviewde van AccreDidact zou duidelijker beschreven moeten worden welke onderdelen gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie en wat op basis van consensus tot stand is gekomen. Sommige richtlijnen zijn te specialistisch en te omvangrijk. Fysiotherapeuten die de betreffende patiëntengroep weinig zien, hebben moeite met het maken van de vertaalslag van de richtlijn naar de individuele patiënt, zeker ten aanzien van de meetinstrumenten. Voor veel aanbevelingen in de richtlijn is onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Ze zijn tot stand gekomen op basis van consensus binnen de werkgroep. Zo'n werkgroep kan zich teveel laten leiden door een bepaalde stroming/model en door de tijdgeest. Dit roept soms weerstand op voor bepaalde onderdelen van de richtlijn, wat over kan slaan naar de richtlijn in het algemeen. In de richtlijn wordt onvoldoende duidelijk gemaakt wat het al dan niet ontbreken van evidentie betekent voor het omgaan met de richtlijn. Daarnaast zou in de richtlijn beschreven moeten zijn van welk basisniveau van de fysiotherapeut wordt uitgegaan. Wat betreft de meetinstrumenten merkt de geïnterviewde op dat deze op groepsniveau onderzocht zijn, maar dat er weinig bekend is over het gebruik op individueel niveau. Er is meer uitleg nodig hoe de meetinstrumenten op individueel niveau gebruikt kunnen worden. De richtlijnen kunnen aantrekkelijker worden vormgegeven, bijvoorbeeld in de vorm van een gemakkelijk, lekker leesbaar boekje. Nu is het vrij droge stof, aldus de geïnterviewde. Verder zijn de richtlijnen teveel vanuit een wetenschappelijke hoek geschreven en missen ze een vertaalslag naar de praktijk.

Het NPi hoort vaak van cursisten dat de richtlijnen te weinig structuur bieden voor het handelen en dat men niet gewend is om meetinstrumenten structureel te gebruiken. Een elektronisch patiëntendossier zou in bovengenoemde punten mogelijk verbetering kunnen brengen.

Volgens de geïnterviewde van het NPi zijn sommige richtlijnen in vergelijking met de cursusinhoud al deels achterhaald. De kennis en inzichten van de cursusleiders evolueren sneller dan de richtlijn, die maar eens in de zoveel jaar wordt geupdate. Ook één opleiding zegt dat er bij sommige richtlijnen een snellere update nodig is. De docenten weten soms meer van de nieuwste ontwikkelingen dan wat er in de richtlijn staat.

5.5.2 *Verspreiding*

Op de opleidingen fysiotherapie ontvangen de studenten geen papieren versie van de richtlijnen. Er worden verschillende mogelijkheden genoemd hoe de studenten beschikking kunnen krijgen over de richtlijnen:

- alle studenten ontvangen een CD-rom met richtlijnen;
- er wordt verwezen naar de website van het KNGF;
- op Blackboard is een link naar de website van het KNGF;
- de richtlijnen zijn in z'n geheel beschikbaar op Blackboard;
- eerst worden de richtlijnen aangeboden als bijlage bij een module, later moeten studenten zelf op zoek gaan om zo niet alles op een presenteerblaadje aangeboden te krijgen.

Het is niet bekend of de studenten de richtlijnen daadwerkelijk downloaden en gebruiken.

5.5.3 *Adoptie*

De fysiotherapeut

De docenten van de opleidingen fysiotherapie zijn over het algemeen positief over de richtlijnen. Een enkele docent had in het begin wat weerstand tegen de richtlijnen die meer als ‘plichtlijnen’ werden ervaren, opgelegd door het KNGF. Dit is nu niet meer het geval. Eén opleiding geeft aan dat circa tien procent van de docenten minder positief is en minder goed op de hoogte is van de richtlijnen. Dit zijn meestal de wat oudere docenten.

Volgens de geïnterviewde van AccreDidact wordt de weerstand om met richtlijnen te werken minder. Voor veel fysiotherapeuten is het langzamerhand wel duidelijk hoe ze met de richtlijnen om moeten gaan en dat een richtlijn een leidraad vormt. Deze acceptatie van de richtlijnen is belangrijk. Fysiotherapeuten moeten overtuigd zijn van het nut en moeten zelf het voordeel zien van het werken volgens de richtlijnen. Alleen het verspreiden van de richtlijnen is onvoldoende. Er is een gedragsverandering nodig bij de fysiotherapeut. Er dienen verschillende strategieën ingezet te worden om deze gedragsverandering in gang te zetten, omdat er verschillende leerstijlen zijn. Het nascholingsprogramma van AccreDidact vormt één van de strategieën. De richtlijnen zouden bij fysiotherapeuten het gevoel moeten oproepen van ‘Fijn dat ze dit voor mij hebben uitgezocht. Dit kan ik gebruiken bij mijn handelen’. Maar het feit dat fysiotherapeuten voor het kwaliteitsregister een contract moeten ondertekenen dat ze handelen volgens de richtlijnen, roept een ander gevoel op.

Bij de NPi-cursussen zou de kennis uit de richtlijn het vertrekpunt van de cursus moeten zijn. In de cursus kun je dan het klinisch redeneren en diverse andere noodzakelijke vaardigheden aanleren. Alhoewel geadviseerd wordt de betreffende richtlijn voor aanvang van de cursus of voor de volgende cursusdag door te nemen, hebben de meeste cursisten de richtlijn niet gelezen. Ze weten vaak wel dat er een richtlijn bestaat, maar ze zijn meestal niet op de hoogte van de inhoud. Blijkbaar is er een weerstand om de richtlijn daadwerkelijk te lezen.

5.5.4 *Implementatie*

Richtlijnen zelf

Het toepassen van de richtlijnen is gericht op het herkennen van patronen bij patiënten (bijvoorbeeld wanneer is er sprake van een normaal herstelbeloop). Studenten hebben nog weinig ervaring met patiënten en het herkennen van patronen is dan nog lastig. De richtlijnen bieden dan weinig houvast volgens één opleiding fysiotherapie.

Een andere opleiding geeft aan dat studenten de richtlijnen zeker niet helemaal bestuderen, vaak alleen het bijgevoegde schema. Hij vraagt zich af of het de bedoeling is dat studenten de gehele richtlijn bestuderen. Wellicht is dit op te lossen door een ‘studentenversie’ te maken van richtlijnen, mits dit geen verarming van de richtlijn betekent.

Door weer een andere opleiding wordt gezegd dat soms niet duidelijk is hoe een meetinstrument toegepast moet worden en wat er vervolgens met de uitslag gedaan moet worden. Onderwijs in het gebruik van meetinstrumenten kost veel tijd. De richtlijn beroerte wordt vaak benoemd als lastig en wordt te uitgebreid gevonden om zonder meer toe te kunnen passen in het onderwijs. Er staan te veel meetinstrumenten in. Dit wordt door de opleidingen soms wat aangepast.

De richtlijnen zijn teveel vanuit een wetenschappelijke hoek geschreven. Volgens beide nascholinginstituten wordt de vertaalslag naar de praktijk gemist.

Volgens de geïnterviewde van het NPi vormen de richtlijnen voor veel fysiotherapeuten 'droge' kost (papieren informatie). De Verantwoording en Toelichting vinden de meeste fysiotherapeuten wel lekker leesbaar, maar de richtlijn zelf niet. Pas door de voorbeelden in cursussen en videocasussen gaat de richtlijn voor hen leven. Dan verdwijnt ook de weerstand om bijvoorbeeld meetinstrumenten te gebruiken. De richtlijn zelf hoeft niet verbeterd te worden qua opzet, maar aanvullende nascholing is van belang.

De fysiotherapeut

Volgens de opleidingen zijn de studenten in eerste instantie blij met de richtlijnen omdat ze structuur bieden. Later worden de richtlijnen vaak als te globaal ervaren en willen ze meer gedetailleerde adviezen. Toch wordt zoveel mogelijk geprobeerd de studenten ervan te doordringen dat een richtlijn geen receptenboek is, maar alleen kan helpen bij het maken van keuzes in het professioneel handelen.

Fysiotherapeuten die een bepaalde patiëntengroep weinig zien, hebben moeite met het maken van de vertaalslag van de richtlijn naar de individuele patiënt in de praktijk. Dit geldt bijvoorbeeld bij de richtlijn Parkinson en bij het gebruik van meetinstrumenten.

Voor een succesvolle implementatie is het van belang dat fysiotherapeuten hun eigen handelen durven te (gaan) spiegelen aan de richtlijnen. Sommige fysiotherapeuten doen dit uit zichzelf, maar velen hebben daarbij een handje nodig, bijvoorbeeld via de daarvoor geëigende scholing (contactonderwijs en/of e-learning). Topdocenten kunnen deze confrontatie met fysiotherapeuten aangaan.

Omgeving

Tijdens de stage lopen veel studenten tegen problemen aan ten aanzien van het werken volgens de richtlijnen. De stageadressen werken niet altijd met de richtlijnen en soms kennen ze ze niet. Over het algemeen belemmeren de stageadressen de studenten echter niet om te werken met de richtlijnen. Studenten worden soms door de opleiding tot enige voorzichtigheid gemaand bij de benadering van stageadressen over het gebruik van de richtlijnen, omdat de stageadressen niet voor het oprapen liggen. Over het algemeen zijn er geen grote problemen. Knelpunten tijdens de stage worden altijd besproken tijdens terugkomactiviteiten. Een gestructureerde bespreking van knelpunten tijdens stages helpt dit probleem de baas te kunnen.

Op veel stageadressen wordt niet tot nauwelijks gebruik gemaakt van de meetinstrumenten. Met name meetinstrumenten op activiteitsniveau worden weinig toegepast. Ze zijn er niet mee bekend. Meetinstrumenten zijn wel opgenomen in het curriculum, dus de studenten kennen de meetinstrumenten wel. Dit levert soms een spanningsveld op tussen studenten/opleiding en de stageadressen. Eén opleiding zegt dat stageadressen de studenten soms extra tijd geven voor het gebruik van meetinstrumenten. De stagebegeleiders passen de meetinstrumenten vaak niet toe omdat het teveel tijd kost.

Sommige opleidingen zeggen dat ze de stageadressen niet aanspreken over het al dan niet werken volgens de richtlijnen. Dit om de schaarse stageadressen niet voor het hoofd te stoten en ook omdat het onderwerp niet altijd prioriteit heeft. Een andere

opleiding geeft juist structurele aandacht aan dit probleem met de stageadressen, in de vorm van scholing. Deze opleiding heeft goede contacten met de stageadressen. Ze bieden onderwijs aan en lacunes worden besproken. De kwaliteit van de stageadressen wordt gecontroleerd door een onafhankelijke kwaliteitscommissie. Daarnaast krijgen de studenten na afloop van hun stage een enquête toegestuurd, waarin ook gevraagd wordt naar de kwaliteit van de stage. Daarin wordt echter niet specifiek naar het toepassen van de richtlijnen gevraagd.

Randvoorwaarden

De studenten geven aan dat stageadressen lang niet altijd werken volgens de richtlijnen en dat tijdgebrek daar een grote rol in speelt. Om het gebruik van de richtlijnen door studenten zo laagdrempelig mogelijk te maken is het van belang de financiële drempel laag te houden. Eén opleiding stelt voor een gratis CD-rom voor studenten te maken.

De opleidingen geven aan dat er in beperkte tijd veel moet gebeuren en dat de richtlijnen daar slecht een onderdeel van zijn. Er is te weinig tijd voor de richtlijnen. Soms lijkt het of de richtlijnen ‘gedropt’ worden met de mededeling dat ze gelezen moeten worden en is er verder weinig ‘tijd’ of ‘prioriteit’ voor uitgebreidere begeleiding. De docenten hebben niet altijd tijd om in elke situatie de richtlijn er grondig bij te betrekken. Dat gebeurt wel in casuïstieklessen en in het klinische onderwijs.

5.6 Context: belemmerende en bevorderende factoren

5.6.1 Beleid en strategie

Volgens één opleiding zou het KNGF een combinatie van implementatiestrategieën moeten inzetten. Om de aansluiting tussen de opleiding en het werkveld te verbeteren, zou het KNGF meer aandacht moeten hebben voor nascholing over methodisch handelen, klinisch redeneren en klinimetrie, eventueel door verplichte nascholing op deze gebieden.

Volgens een andere geïnterviewde zou het KNGF veel actiever allerlei bladen voor fysiotherapeuten kunnen benaderen om in diverse artikelen steeds weer de vertaalslag te maken naar de richtlijnen.

Volgens de geïnterviewde van AccreDidact zou het KNGF hun model van gedragsverandering moeten hanteren bij de gedragsverandering die nodig is bij de fysiotherapeuten. Het KNGF zou volgens hem een actievere en meer innovatieve houding kunnen innemen ten aanzien van de implementatie van de richtlijnen.

AccreDidact had van het KNGF een planning gekregen van de richtlijnen die in ontwikkeling waren. Zij wilden graag binnen een half jaar na de verspreiding van de richtlijn met een bijpassend nascholingsprogramma komen. Deze planning is bij veel richtlijnen niet gehaald. Sommige richtlijnen zijn nu nog steeds niet gereed. Dit leverde problemen op voor de planning van AccreDidact. Dit is één van de redenen dat AccreDidact nu geen nascholingsprogramma's meer ontwikkelt die specifiek gericht zijn op een bepaalde richtlijn.

5.6.2 Infrastructuur

De geïnterviewden zijn unaniem van mening dat de implementatie van de richtlijnen essentieel is en dat de opleidingen fysiotherapie en de nascholingsinstituten daarin een

belangrijke rol spelen. Dit is wellicht niet goed doorgedrongen tot het KNGF, aldus een van de geïnterviewden. Het zou wenselijk zijn dat nascholingsinstituten tijdens de ontwikkeling van een richtlijn in een parallel traject ook al aan de slag gaan met het ontwikkelen van een nascholing/e-learningpakket, zodat er bij het verspreiden van de richtlijn ook direct een pakket klaar ligt om de vertaalslag naar de praktijk te maken (casussen, video, e-learning). De nascholingsinstituten zijn de deskundigen op dit terrein. Voor de implementatie van de richtlijnen moeten verschillende strategieën ingezet worden, rekening houdend met de verschillende leerstijlen van fysiotherapeuten.

AccreDidact vindt dat de samenwerking met het KNGF niet soepel verloopt. AccreDidact heeft vanaf het begin overleg gehad met het KNGF. Het KNGF is inhoudelijk akkoord met de programma's van AccreDidact en heeft hun nascholingsprogramma's ook erkend. Ze wilden echter in eerste instantie geld van de nascholingsinstituten als er binnen een nascholingsprogramma gebruik werd gemaakt van een richtlijn. Het contract hierover heeft AccreDidact nooit ondertekend. Het KNGF is er niet meer op teruggekomen. Dit is wel een reden geweest dat AccreDidact niet heel expliciet verwijst naar de richtlijnen in hun nascholingsprogramma's.

AccreDidact heeft gemerkt dat de auteur van de richtlijn zelf vaak vast loopt bij het maken van deze vertaalslag en veel ondersteuning nodig had vanuit AccreDidact om het nascholingsprogramma te ontwikkelen. Het NPi zegt dat ze geen knelpunten zien bij de docenten van hun cursussen ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen. Het NPi stelt hoge eisen aan haar docenten, onder andere dat ze de richtlijnen expliciet opnemen in het programma. Veel docenten zijn ook betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijnen, dus dit is geen probleem.

De opleidingen zeggen een zeer belangrijke rol te hebben bij de implementatie van de richtlijnen. Het omgaan met de richtlijnen moet onderdeel van de attitude van de student worden. De student moet een kritische grondhouding ontwikkelen en in elke situatie nagaan of er een richtlijn is en in welke mate deze toepasbaar is. Eén opleiding zegt open te staan voor een gesprek met het KNGF over de manier waarop de richtlijnen in het onderwijs zijn opgenomen.

Bij het onderwijs over de richtlijnen speelt het eigen inzicht van de docent een grote rol en er zijn vaak geen afspraken gemaakt tussen de verschillende docenten onderling. Een andere opleiding zegt dat, hoewel het de verantwoording is van elke docent om vakinhoudelijk bij te blijven, niet elke docent even veel affiniteit of vaardigheden heeft met het expliciteren van het fysiotherapeutisch handelen. Over het algemeen houden de docenten zichzelf op de hoogte van recente ontwikkelingen en wordt ondersteuning door het management of het KNGF niet gemist.

5.6.3 *Methode en materialen*

Volgens één geïnterviewde kan met behulp van het elektronisch patiëntendossier in de toekomst waarschijnlijk beter worden nagegaan in hoeverre men de richtlijn hanteert binnen het fysiotherapeutisch handelen.

De opleidingen zouden in hun toetsen nog meer aandacht moeten besteden aan de vraag of een richtlijn toegepast kan worden en zo ja, waarom en hoe. Dan kan worden gecheckt of de studenten ook echt de richtlijnen volgen door onder andere te kijken

welke meetinstrumenten ze gebruiken en of ze de beslisbomen volgen die in de richtlijnen geadviseerd worden.

5.7 Conclusies

- De opleidingen fysiotherapie vinden de implementatie van de KNGF-richtlijnen essentieel en zeggen daarin een belangrijke rol te kunnen spelen. Voor alle opleidingen geldt dat de richtlijnen vanaf het eerste jaar in het curriculum verweven zijn. Naast de inhoudelijke bespreking van de richtlijnen worden de richtlijnen vaak ook besproken in een module over kwaliteit van zorg.
- De vorm en de mate waarin aandacht aan de richtlijnen wordt besteed, varieert sterk per opleiding. Bij de invulling van het onderwijs speelt het eigen inzicht van de docent een grote rol en vaak zijn er geen afspraken tussen docenten onderling hierover gemaakt.
- De nascholingsinstituten gaan in hun werkwijze uit van het principe dat voor de implementatie van de richtlijnen verschillende strategieën moeten worden ingezet, rekening houdend met de verschillende leerstijlen van fysiotherapeuten. De nascholingsinstituten noemen zichzelf deskundig op dit terrein en zouden graag met het KNGF bespreken op welke manier zij het implementeren van de richtlijnen optimaal kunnen ondersteunen.
- De nascholingsinstituten melden dat cursussen waarbij nadrukkelijk vermeld wordt dat ze betrekking hebben op een bepaalde richtlijn, niet erg in trek zijn bij de fysiotherapeuten. Dit is voor de nascholingsinstituten reden om de richtlijnen niet zo prominent te noemen in de aankondiging van de cursussen. De richtlijnen vormen wel het uitgangspunt van de cursusstof indien er een raakvlak is met een richtlijn. In de cursus leren de fysiotherapeuten de vertaalslag te maken van de richtlijn naar de praktijk.
- Zowel de opleidingen als nascholingsinstituten zijn unaniem van mening dat er een vertaalslag nodig is om de richtlijnen in de praktijk te kunnen gebruiken (door o.a. bespreking van casuïstiek, discussie, het spiegelen van het eigen handelen aan de richtlijn). Verder heeft het gebruik van de meetinstrumenten aparte aandacht nodig. Daarnaast noemt men diverse punten waarop de richtlijnen zelf verbeterd kunnen worden, zoals leesbaarheid, helderheid, het aanbrengen van een structuur en compactheid. Dit krijgt men van studenten en cursisten terug. Specifiek voor de opleidingen geldt dat de stages een knelpunt vormen: veel stageadressen gebruiken de richtlijnen nauwelijks en kunnen de studenten dus niet begeleiden in het leren omgaan met de richtlijnen. Met name de meetinstrumenten worden nauwelijks gebruikt.

De opleidingen en nascholingsinstituten noemen de volgende suggesties voor verbetering van de invoering van de richtlijnen:

- Het is wenselijk dat nascholingsinstituten tijdens de ontwikkeling van een richtlijn in een parallel traject al aan de slag gaan met het ontwikkelen van een nascholings- en/of e-learningspakket, zodat er bij het verspreiden van de richtlijn ook direct een pakket klaar ligt om de vertaalslag naar de praktijk te maken. Zonder (na)scholing zijn de richtlijnen niet goed toepasbaar.
- In de richtlijnen dient meer uitleg gegeven te worden over het gebruik van de meetinstrumenten bij individuele patiënten.
- De vormgeving van de richtlijnen kan compacter en de leesbaarheid en structuur kunnen verbeteren.

- Het elektronisch patiëntendossier kan in de toekomst mogelijk benut worden om het gebruik van de richtlijnen na te gaan.

6 Resultaten interviews fysiotherapeuten

6.1 Inleiding

Paragraaf 6.2 geeft een beschrijving van de respondenten. Vervolgens worden knelpunten en suggesties voor verbetering beschreven die de respondenten noemden met betrekking tot het innovatieproces (6.3) en de context van de invoering (6.4). In hoofdstuk 6.5 wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen. Om de leesbaarheid te bevorderen wordt niet het aantal fysiotherapeuten vermeld dat een bepaalde uitspraak heeft gedaan. Wanneer slechts een of twee fysiotherapeuten een uitspraak deden, is dat expliciet vermeld. In alle overige gevallen is de uitspraak door het merendeel van de fysiotherapeuten gedaan of werd door het merendeel onderschreven.

6.2 Beschrijving van de respondenten

In totaal stuurden 231 van de 601 aangeschreven fysiotherapeuten een reactie terug, waarvan 82 een positieve reactie tot deelname. Daarnaast melden nog circa 15 fysiotherapeuten zich spontaan aan, waaronder een IOF. Uiteindelijk werden drie data gekozen waarop de meeste fysiotherapeuten konden deelnemen aan een focusgroepinterview. Met het IOF dat zich spontaan aanmeldde werd afgesproken dat één van de fysiotherapeuten de ‘reguliere’ focusgroepsbijeenkomst zou bijwonen. Vervolgens zou deze fysiotherapeut de vragen in het eigen IOF bespreken en daarvan verslag doen.

Er vonden vijf interviews plaats waaraan in totaal 61 fysiotherapeuten deelnamen (zie tabel 1). Vrijwel alle deelnemers zijn KNGF-lid, driekwart is IOF-lid en ruim de helft is praktijk-eigenaar. In vergelijking met de totale steekproef zijn de uiteindelijke deelnemers vaker lid van het KNGF en van een IOF.

Tabel 1 Aantal fysiotherapeuten en karakteristieken per focusgroep.

Regio	Aantal fysiotherapeuten	KNGF-lid	Ingeschreven in kwaliteitsregister	IOF-lid	Praktijk-eigenaar	Specialisaties
West-Nederland (2 groepen)	26	26	26	20	16	5 manueel therapeuten, 2 sportfysiotherapeuten, 2 bedrijfs-fysiotherapeuten, 1 kindersfysiotherapeut, 1 orofaciaal fysiotherapeut
West-Nederland (IOF)	9	9	9	9	4	
Zuidoost-Nederland	14	13	14	6	5	3 manueel therapeuten en 1 bekken-fysiotherapeut
Midden-Nederland	12	12	12	12	10	2 manueel therapeuten, 1 kindersfysiotherapeut, 1 psychosomatisch therapeut, 1 therapeut met specialisatie lymfedrainage

6.3 Innovatieproces: belemmerende en bevorderende factoren

6.3.1 *Ontwikkeling*

Inhoud en opzet van de richtlijnen

De meeste fysiotherapeuten vinden de richtlijnen theoretisch goed in elkaar zitten, maar praktisch niet toepasbaar en concreet genoeg. Er is een vertaalslag nodig om de richtlijn te kunnen toepassen in de praktijk. Voor praktisch gebruik zijn de richtlijnen te omvangrijk en voor wetenschappelijk gebruik weer te summier. Voor één patiënt een hele richtlijn doorlezen is te veel werk; de samenvatting is echter weer te summier. Omdat de richtlijnen te omvangrijk of onoverzichtelijk zijn, worden ze er niet altijd bij gepakt.

In de verschillende groepen wordt gezegd dat de richtlijnen bondiger, compacter en praktischer moeten worden. Maar er zijn ook fysiotherapeuten die zeggen dat dit niet nodig is omdat er zoveel verschillende subgroepen zijn bij een bepaalde aandoening, dat de behandeling moeilijk concreet te maken is. De standaarden en richtlijnen van de huisartsen en medisch specialisten zijn volgens sommige fysiotherapeuten meer afgerond. Ze eindigen bij een verwijzing of het voorschrijven van medicatie. De richtlijnen van de fysiotherapeuten eindigen in een behandeling die een of twee keer per week plaatsvindt. Omdat het beloop differentieert moet de fysiotherapeut voortdurend zijn/haar visie en beleid bijstellen. Daardoor is het lastig de behandelfase in een richtlijn te beschrijven.

Sommige fysiotherapeuten zijn van mening dat richtlijnen verschillend in opbouw en terminologie zijn en dat zou komen doordat ze door verschillende werkgroepen gemaakt zijn. Dit maakt het werken met richtlijnen lastig en het wordt moeilijk om een geautomatiseerd systeem te maken voor richtlijnen. Het is gewenst dat alle richtlijnen dezelfde opbouw en terminologie gebruiken.

Tevens vinden de fysiotherapeuten dat de nadruk in de richtlijnen voornamelijk ligt op de gedragsmatige aanpak. Voor de aanpak op stoornisniveau (bij diagnostiek, behandelplan, plan van aanpak) is weinig aandacht, terwijl sommige fysiotherapeuten dit wel zinvol achten.

De richtlijn verslaglegging is te gedetailleerd. Huisartsen lezen geen gedetailleerde verslagen. De inhoud van deze richtlijn zou aangepast moeten worden, omdat fysiotherapeuten hier wel op afgerekend worden door zorgverzekeraars.

Richtlijnen lopen misschien per definitie achter de feiten aan, maar veel richtlijnen hebben een update nodig, aldus de fysiotherapeuten.

6.3.2 *Invoerstrategieën*

Naast de verplichte nascholing, is er weinig aan nascholing gedaan waarin de richtlijnen nadrukkelijk aan de orde komen. Onder de deelnemende fysiotherapeuten is er weinig behoefte aan nascholing specifiek gericht op een richtlijn. Verplichte nascholing roept veel weerstand op. De verplichte cursus over de richtlijn lage rugpijn voor manueel therapeuten werd als zinvol ervaren door een van de aanwezige fysiotherapeuten die deze cursus heeft gevolgd. Door de bespreking van de richtlijn, de casussen en de

discussies gaat de richtlijn meer leven en haal je er meer uit dan wanneer je alleen zelf de richtlijn doorleest, aldus deze fysiotherapeut.

Soms wordt een richtlijn in een IOF of in een praktijk besproken. Dit wordt over het algemeen als nuttig ervaren. Het IOF-jaarprogramma over richtlijnen is echter langdradig en niet werkbaar volgens de fysiotherapeuten. Dit programma zou praktischer moeten zijn.

Sommige fysiotherapeuten willen voor weinig geld een niet verplichte cursus volgen bij het uitkomen van nieuwe richtlijnen (bijvoorbeeld via het regiokantoor van het KNGF) om gemakkelijker de vertaalslag naar de praktijk te kunnen maken.

Een suggestie is dat het KNGF iets maakt waarmee de fysiotherapeut zijn persoonlijke barrières bij het werken volgens de richtlijnen in kaart kan brengen en dan gerichte acties kan ondernemen. Deze acties kunnen voor iedere fysiotherapeut anders zijn.

6.3.3 *Verspreiding*

De fysiotherapeuten hebben de meeste richtlijnen in hun bezit. Sommigen zeggen dat ze het jammer vinden dat de oude richtlijnen niet meer gratis verkrijgbaar zijn. Ze ontvangen graag alle richtlijnen op papier.

Het merendeel van de deelnemers zegt dat ze de meeste richtlijnen wel eens gelezen hebben. Ze hebben echter het idee dat collega's dit minder doen.

De meeste fysiotherapeuten kennen de deskundigheidsbevorderingpakketten niet. Een enkeling heeft ze wel eens doorgenomen. Ze worden niet gebruikt in de praktijk. Binnen het IOF worden deze pakketten soms gebruikt en dan ook als zinvol ervaren.

6.3.4 *Adoptie*

Er wordt gedifferentieerd gedacht over het nut en de noodzaak van KNGF-richtlijnen. Het merendeel van de deelnemende fysiotherapeuten is overwegend positief over het nut en de noodzaak van de KNGF-richtlijnen. Zij noemen de volgende *voordelen* van richtlijnen:

- een richtlijn geeft handvatten voor de behandeling (houvast, ruggesteun, naslagwerk)
- een richtlijn geeft een samenvatting van de wetenschappelijke literatuur (het bespaart je tijd omdat je zelf geen artikelen hoeft te zoeken)
- wetenschappelijke informatie wordt omgezet naar de praktijk
- de richtlijn geeft een snel overzicht van de stand van zaken (vooral voor beginnende fysiotherapeuten en bij onderwerpen waar je minder van af weet of patiëntencategorieën die je weinig behandelt)
- verwetenschappelijking van het vak fysiotherapie (onderdeel van evidence-based handelen)
- wetenschappelijke evidentie gebruiken zorgt ervoor dat je optimale zorg kunt leveren
- richtlijnen leiden tot meer uniformiteit in handelen tussen fysiotherapeuten
- het wordt eenvoudiger om patiënten over te dragen aan collega's
- richtlijnen zijn goed voor de profilering van het beroep fysiotherapie
- richtlijnen bevorderen hetzelfde taalgebruik (stoornis, beperking, participatie) wat goed is binnen de beroepsgroep, maar ook in de communicatie met andere beroepsgroepen
- richtlijnen geven meer helderheid/transparantie in handelen
- richtlijnen geven meer structuur in het werk

- het vak is erg veranderd, aan de hand van de richtlijn kun je toetsen of je goed werkt
- de vragenlijsten/tests zijn zinvol, ze ondersteunen het handelen, je kunt daardoor testen of een patiënt vooruit is gegaan
- rode en gele vlaggen worden beter herkend
- richtlijnen kunnen je tot nadenken aanzetten en kunnen interessante inhoudelijke discussies met collega's opleveren.

Een deel van de aanwezige fysiotherapeuten is zeer kritisch over de noodzaak, het nut en de huidige opzet van de richtlijnen. Richtlijnen zouden volgens hen overbodig moeten zijn: als je met gezond verstand werkt en goed klinisch redeneert heb je de richtlijnen niet nodig. Eigenlijk zou er maar één richtlijn nodig zijn, namelijk een richtlijn klinisch redeneren.

Als een fysiotherapeut de literatuur goed bijhoudt, levert een richtlijn geen nieuwe informatie. Verder zijn deze fysiotherapeuten van mening dat de richtlijnen geen goede samenvatting van de beschikbare wetenschappelijke literatuur zijn.

Een ander nadeel dat werd genoemd is dat richtlijnen een fysiotherapeut het idee kunnen geven dat hij/zij iedere patiënt kan behandelen. Een algemeen fysiotherapeut kan bijvoorbeeld denken dat hij/zij kinderen kan behandelen door het lezen van een bepaalde richtlijn. Anderen noemen dat het onmogelijk is om goede richtlijnen te maken voor de fysiotherapie, omdat het vak daar te ingewikkeld voor is.

Tenslotte wordt genoemd dat het niet duidelijk is voor wie de richtlijnen nu eigenlijk geschreven worden, voor de fysiotherapeut of voor de buitenwereld (verwijzers, zorgverzekeraars, certificering). Men is van mening dat de patiënt toch wel tevreden is, met of zonder richtlijn.

De deelnemende fysiotherapeuten zijn het grotendeels eens met de beschreven werkwijze in de richtlijnen. De richtlijnen zijn immers mede opgesteld door fysiotherapeuten. De richtlijnen geven meestal niet een geheel andere werkwijze weer; meestal werkt men al in grote lijnen volgens de richtlijn. Ze denken echter dat de fysiotherapeuten met negatieve vooroordelen ten opzichte van het KNGF en de richtlijnen, niet aanwezig zijn tijdens de focusgroepinterviews. Dit zijn vaak fysiotherapeuten die werkzaam zijn in een eenmanspraktijk. Ze willen niet veranderen, ze doen het al jaren op dezelfde manier. De geïnterviewde fysiotherapeuten zijn van mening dat het KNGF hier niets aan hoeft te doen; het is de eigen verantwoordelijkheid van de fysiotherapeuten om kwaliteit te leveren.

De meningen verschillen over de betekenis van een richtlijn: is het een leidraad of gaat het meer richting een protocol? Dit heeft consequenties voor hoe fysiotherapeuten omgaan met een richtlijn. Iedere fysiotherapeut heeft ook zijn 'eigen bril' ten aanzien van een richtlijn. Veelvuldig wordt gezegd dat een richtlijn geen recept is; je mag er gemotiveerd van afwijken.

De fysiotherapeuten willen het werken met de richtlijnen niet verplicht stellen. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut om richtlijnen te gebruiken. Iedereen heeft een eigen werkwijze en dit werkt vaak goed. Wanneer het verplicht gesteld wordt, beperk je iemand in zijn handelen, aldus de fysiotherapeuten. Daarnaast is het moeilijk om het gebruik verplicht te stellen, want dan wordt het eigenlijk een protocol.

Fysiotherapeuten die recent zijn afgestudeerd zijn waarschijnlijk beter op de hoogte van de richtlijnen en voelen zich er beter in thuis. Oudere fysiotherapeuten zijn niet gewend om met richtlijnen om te gaan en hebben ze niet zo in het hoofd zitten.

6.3.5 *Implementatie*

Gebruik van de richtlijnen

Een deel van de fysiotherapeuten zegt de richtlijnen wel eens te raadplegen en in grote lijnen te gebruiken. Ze herkennen veel uit de richtlijn. Meestal wordt de richtlijn erbij gepakt als het herstel een afwijkend beloop heeft. Maar de richtlijnen helemaal volgen doet bijna niemand omdat dit volgens de fysiotherapeuten te veel tijd kost. Bovendien verwatert het gebruik van de richtlijnen weer snel. Eén fysiotherapeut geeft aan dat ze na het uitkomen van een nieuwe richtlijn fanatiek probeert volgens de richtlijn te werken, maar na een tijd wordt dat minder en handelt ze niet meer precies volgens de richtlijn. Andere fysiotherapeuten zeggen er meestal zelf wel uit te komen of meer vertrouwen te hebben in hun eigen handelen dan in de richtlijnen. Zij vinden de richtlijnen overbodig en gebruiken ze niet. In de praktijk kan men ‘goed uit de voeten’ zonder richtlijn, dat wil zeggen dat de behandeling goed gaat en een goed resultaat geeft zonder dat naar de richtlijn gekeken is. Achteraf is er toch vaak in grote lijnen gehandeld volgens de richtlijn. Sommige fysiotherapeuten geven aan dat ze niet weten of ze volgens de richtlijnen handelen.

De meeste fysiotherapeuten zeggen dat ze nu bewuster handelen (duidelijkere doelen, evaluatiemomenten en bijstellingen van behandeling) en door de richtlijnen hun eigen handelen beter kunnen toetsen. Er wordt nu meer aan verslaglegging gedaan dan voorheen, aldus de fysiotherapeuten. Ook het gebruik van de computer is toegenomen.

De deskundigheidsbevorderingpakketten worden niet gebruikt in de praktijk. Binnen het IOF worden deze pakketten soms gebruikt en worden dan ook als zinvol ervaren.

Richtlijnen zelf

Sommige fysiotherapeuten twijfelen aan het nut van de meetinstrumenten: een goede anamnese werkt in de praktijk beter dan de patiënt vragenlijsten te laten invullen. De VAS wordt wel af en toe gebruikt omdat deze lekker snel ingevuld kan worden. Om ze daadwerkelijk te kunnen gebruiken is meer uitleg bij de meetinstrumenten gewenst. Doordat fysiotherapeuten de meetgegevens verschillend interpreteren, kan het moeilijk zijn om een vervolgmeting door een andere collega te laten uitvoeren, die de meetgegevens wellicht op een andere manier interpreteert. Patiënten zelf hebben soms ook moeite met het interpreteren van de vragen. Dat betekent dat de vragenlijst dan niet betrouwbaar of valide is volgens de fysiotherapeuten. Voor het invullen van de vragenlijsten is bovendien een goede beheersing van de Nederlandse taal nodig. Om het gebruik van de vragenlijsten in de praktijk te vergemakkelijken, wordt gesuggereerd om de vragenlijsten op een apart A4 toe te voegen aan de richtlijn (zonder kopteksten zoals ‘bijlage 1’ en uitleg over het gebruik van de vragenlijst) of digitaal te verspreiden zodat ze eenvoudig gekopieerd kunnen worden.

Fysiotherapeut

Veel fysiotherapeuten hebben te weinig kennis en vaardigheden om de gedragsmatige aanpak, het tijdcontingent werken en de meetinstrumenten toe te kunnen passen in de behandeling van de patiënt. Volgens sommige fysiotherapeuten is nascholing nodig om hiermee te kunnen werken. De meeste deelnemende fysiotherapeuten zeggen de

vragenlijsten en de metingen die bij de richtlijnen horen, wel te kunnen afnemen. Maar niet iedereen is capabel om vervolgens deze gegevens te interpreteren. Men heeft hier te weinig ervaring mee.

Er wordt benadrukt dat het belangrijk is dat fysiotherapeuten zelf blijven nadenken. De patiënt komt éérs en dan pas de richtlijn. Te rigide omgaan met de richtlijnen kan nadelig zijn voor de patiënt. Men moet er dus ook van af kunnen wijken. De fysiotherapeuten geven aan dat ze te weinig expliciteren waarom ze afwijken van een richtlijn. Ze zijn van mening dat ze dit zouden moeten opschrijven in het dossier, maar dat gebeurt vaak niet. Daarnaast geven ze aan dat het soms moeilijk is te bepalen of je afwijkt van de richtlijn en hoe je dit dan motiveert.

Sommige fysiotherapeuten zeggen geen aanvullende ondersteuning nodig te hebben om de vertaalslag te kunnen maken van de richtlijn naar de praktijk. Diegenen die volgens de deelnemende fysiotherapeuten de richtlijnen nu al gebruiken, hebben de minste ondersteuning nodig. Juist de niet-gebruikers hebben ondersteuning nodig, maar die bereik je niet. Sommige deelnemers vragen zich af of het KNGF die praktijken moet willen bereiken; waarschijnlijk sterven ze vanzelf uit.

Organisatie

Het gebruik van de richtlijnen leidt tot meer specialisaties van fysiotherapeuten. Een fysiotherapeut kan niet van alle richtlijnen op de hoogte zijn, daarom worden bepaalde patiëntengroepen verwezen naar de fysiotherapeuten die meer kennis op die gebieden hebben. Maar het moet niet zo worden dat de richtlijnen gebruikt gaan worden om alleen maar gespecialiseerde fysiotherapeuten te creëren.

Om het werken volgens de richtlijnen te stimuleren is een constante feedback op het eigen handelen wellicht zinvol. Om dit te realiseren is feedback van collega's binnen de eigen praktijk het best haalbare.

Omgeving

Patiënten hebben bepaalde verwachtingen van een fysiotherapeutische behandeling. Als daar niet aan wordt voldaan gaat de patiënt shoppen. De richtlijnen laten steeds meer "hands off" zien, terwijl patiënten die hand toch vaak willen voelen (bijvoorbeeld massage). Het afnemen van vragenlijsten en een gedragsmatige aanpak sluiten lang niet altijd aan bij de verwachtingen van de patiënt en zijn soms moeilijk te 'verkopen' aan de patiënt. Sommige patiënten willen dat er iets gedaan wordt op stoornisniveau.

Verwijzers weten niet welke richtlijnen fysiotherapeuten hebben en daardoor ontstaan er soms lastige situaties bij doorverwijzing, bijvoorbeeld wanneer de fysiotherapeut afwijkt van het advies van de huisarts. De fysiotherapeuten vragen zich af of de richtlijnen voor fysiotherapeuten overeenstemmen met de richtlijnen/standaarden van huisartsen en andere verwijzers. Ze worden regelmatig geconfronteerd met doorverwezen patiënten die ze volgens de KNGF-richtlijn niet zouden mogen behandelen (bijvoorbeeld acute rugklachten). Ze weten niet of de inhoud van de richtlijnen van verwijzers afwijkt van de KNGF-richtlijnen of dat de verwijzers zich niet houden aan hun eigen richtlijn. Op de verwijzing staat meestal geen motivatie waarom afgeweken is van de NHG-standaard. Huisartsen lijken er veel soepeler mee om te gaan. Het is belangrijk dat er goed overleg is tussen de huisarts en de fysiotherapeut over de richtlijnen en doorverwijzingen.

Randvoorwaarden

Vooral gebrek aan tijd is een belemmerende factor voor het werken volgens de richtlijnen. Het doorlezen van de richtlijnen kost veel tijd en die tijd hebben de fysiotherapeuten vaak niet. Ook is er geen vergoeding voor het werken met de richtlijnen of het volgen van nascholing of deelname aan een IOF. Het doorlezen van de richtlijnen, het volgen van nascholing en deelname aan een IOF gebeurt meestal in de eigen tijd. Fysiotherapeuten die werkzaam zijn in gezondheidscentra krijgen soms tijd om iets met de richtlijnen te doen.

Daarnaast kost het vaak te veel tijd om helemaal volgens de richtlijn te werken. Hierdoor worden er selectief onderdelen uit de richtlijn gehaald die toegepast worden. Het werken volgens de richtlijnen vergt meer verslaglegging en levert veel papierwerk op, met als gevolg dikke dossiers. Er moet vooral veel vastgelegd worden voor de zorgverzekeraar, terwijl daar geen tijd voor is.

6.4 Context: bevorderende en belemmerende factoren*6.4.1 Beleid en strategie*

Uit alle bijeenkomsten blijkt dat het KNGF een slecht imago heeft onder de fysiotherapeuten en dat dit gevolgen heeft voor de implementatie van de richtlijnen. Het is niet duidelijk wat de visie van het KNGF is ten aanzien van de richtlijnen: willen ze dat alle fysiotherapeuten volgens de richtlijnen werken? Ook is het niet duidelijk welke steun fysiotherapeuten kunnen verwachten van het KNGF op dit terrein. Er wordt gezegd dat het KNGF beter zou moeten luisteren naar de leden en voor hen zou moeten opkomen. Het KNGF zou goede voeling moeten houden met de praktijk.

In aansluiting op voorgaande wordt veelvuldig gezegd dat het KNGF de problematiek met de zorgverzekeraars moet aanpakken. Dit zit de meeste fysiotherapeuten zeer dwars en draagt niet bij aan hun motivatie om met de richtlijnen te gaan werken. Het KNGF zou fysiotherapeuten moeten beschermen tegen de machtspositie van zorgverzekeraars, aldus de fysiotherapeuten. Het KNGF zou meer kunnen bemiddelen bij problemen met zorgverzekeraars. Het zou bijvoorbeeld één contract kunnen maken voor alle zorgverzekeraars, waarin de belangen van de fysiotherapeuten goed behartigd worden. Aangezien het werken volgens de richtlijnen vaak meer tijd kost, zou het KNGF moeten lobbyen bij de zorgverzekeraars voor meer geld. Prestatie indicatoren moeten bepaald worden door de fysiotherapeuten zelf, niet door zorgverzekeraars.

Sommige fysiotherapeuten vinden dat het KNGF tegenstrijdige belangen behartigt. Het KNGF streeft aan de ene kant naar een uniforme werkwijze onder fysiotherapeuten door het verspreiden van richtlijnen. Uniformiteit en richtlijnen bevorderen echter de marktwerking niet. Profileren ten opzichte van een andere fysiotherapeut is dan lastig. Aan de andere kant richt het KNGF zich op marktwerking binnen de beroepsgroep, waarin de individuele aanpak van een fysiotherapeut/praktijk centraal staat. Dit betekent juist dat niet elke praktijk dezelfde zorg geeft. Andere fysiotherapeuten vinden dat ze binnen de richtlijnen nog voldoende vrijheid hebben om zichzelf te profileren, maar dat het belangrijk is om evidence-based te handelen.

De fysiotherapeuten vinden dat er te veel richtlijnen in korte tijd aangeboden worden. Als er te veel richtlijnen zijn, hebben fysiotherapeuten niet de tijd om zich de richtlijnen eigen te maken. Het is niet wenselijk en mogelijk om voor alle aandoeningen richtlijnen te ontwikkelen.

Wat betreft de onderwerpskeuze voor nieuwe richtlijnen wordt gezegd dat het belangrijk is te inventariseren aan welk onderwerp behoefte is. Er zijn weinig richtlijnen voor kinderfysiotherapeuten. Eén fysiotherapeut heeft het idee dat de keuze van de onderwerpen van de richtlijnen sterk samenhangt met aandachtsvelden van bepaalde mensen uit de wetenschappelijke wereld.

Niet elke fysiotherapeut heeft met elke patiëntengroep uit de richtlijnen te maken, dus de richtlijnen zijn niet voor alle fysiotherapeuten relevant. Toch vind men dat het KNGF richtlijnen moet blijven maken voor een grote groep fysiotherapeuten.

Volgens de fysiotherapeuten verspreidt het KNGF de richtlijnen volgens de manier van het 'nieuwe leren': hier zijn de richtlijnen en zoek het zelf maar uit. Ook de ondersteuning bij de implementatie vindt men niet voldoende. Tegelijkertijd geven de fysiotherapeuten zeer duidelijk aan dat ze niet willen dat het werken volgens de richtlijnen verplicht wordt. In het kwaliteitsregister staat de eis dat er behandeld moet worden volgens de richtlijnen. Deze eis is niet heel helder en eigenlijk niet te controleren. De fysiotherapeuten willen het graag zo vaag houden, omdat de eis anders als controle-instrument gebruikt kan worden. De fysiotherapeuten willen geen verplichte nascholing op dit terrein. De verplichte nascholing die er tot nu toe is geweest, vindt men overwegend van slechte kwaliteit. Verder wil men geen verplichte deelname aan een IOF en geen verplichte bespreking van de richtlijnen in een IOF. Het IOF moet zelf kunnen beslissen hoe ze hun programma invullen. Indien gewenst kan gebruik gemaakt worden van de IOF-jaarprogramma's over richtlijnen.

Het KNGF zou in de vorm van accreditatie een positieve beloning kunnen geven aan fysiotherapeuten die activiteiten ondernemen die het werken volgens de richtlijnen stimuleren. Het ontwikkelen van een elektronisch patiëntendossier met terugkoppeling naar de fysiotherapeut zou positief kunnen bijdragen aan de implementatie van de richtlijnen, aldus de fysiotherapeuten.

Sommige fysiotherapeuten geven aan dat naar hun mening het KNGF een grotere rol zou kunnen spelen bij het goed afstemmen van de richtlijnen voor fysiotherapeuten en die van huisartsen en specialisten. Verschillen tussen richtlijnen hebben mogelijk te maken met een andere interpretatie van de wetenschappelijke evidentie. Sommige fysiotherapeuten vragen zich af of monodisciplinaire richtlijnen op dit moment nog gewenst zijn. Zij vinden het belangrijk om meer samen te werken en af te stemmen met andere disciplines. Deze fysiotherapeuten vinden multidisciplinaire richtlijnen belangrijker dan monodisciplinaire richtlijnen. Als voorbeeld wordt ketenzorg rond een bepaalde patiëntengroep genoemd. Een enkele fysiotherapeut vindt dat de multidisciplinaire richtlijnen te algemeen zijn en weinig informatie bevatten voor het handelen van de fysiotherapeut. Daar zijn monodisciplinaire richtlijnen voor nodig. De meeste fysiotherapeuten zijn niet op de hoogte van de multidisciplinaire richtlijnen van het CBO. Het KNGF zou deze multidisciplinaire richtlijnen meer moeten promoten en duidelijk maken waar ze te vinden zijn.

Eén fysiotherapeut vindt het niet consequent van het KNGF dat er accreditatiepunten gegeven worden voor het volgen van cursussen over onderwerpen die niet zijn opgenomen in een richtlijn.

Het is onduidelijk voor fysiotherapeuten of en wanneer de richtlijnen vernieuwd worden.

6.4.2 *Infrastructuur*

Er wordt wisselend gedacht over de zinvolheid van het bespreken van de richtlijnen in een IOF. Sommige fysiotherapeuten hebben daar goede ervaringen mee. Andere IOFs draaien of draaiden niet goed en waren daardoor niet geschikt om de richtlijnen te bespreken. Sommigen vinden het IOF-jaarprogramma over de richtlijnen hiervoor goed bruikbaar. Anderen vinden het jaarprogramma te omslachtig en langdradig en vinden dat het praktischer gemaakt moet worden (bijvoorbeeld meer ondersteuning bij het gebruik van vragenlijsten). De algemene opvatting is dat het KNGF het bespreken van de richtlijnen in een IOF niet verplicht moet stellen.

Het bespreken van de richtlijnen kan binnen een goeddraaiend IOF, maar ook binnen de eigen praktijk of binnen diverse bestaande netwerken. Dit gebeurt ook al. Onderwerpen van deze besprekingen zijn bijvoorbeeld casusbespreking, het oefenen van vaardigheden of controle op het dossier binnen een praktijk.

Bij nieuwe richtlijnen zouden regionale bijeenkomsten georganiseerd kunnen worden om de richtlijn toe te lichten, casussen te bespreken, ervaringen uit te wisselen en feedback te krijgen op het eigen handelen.

De fysiotherapeuten hebben geen idee wat het regiokantoor voor hen doet. Voor sommigen was het feit dat de interviews bij de regiokantoren plaatsvonden, de eerste keer dat men hoorde van het bestaan ervan. Als de rol van het KNGF al niet duidelijk is, kan de rol van het regiokantoor al helemaal niet duidelijk worden volgens de fysiotherapeuten. Het regiokantoor zou groepsbijeenkomsten kunnen organiseren rondom een richtlijn. Een inhoudsdeskundige kan dan de belangrijkste punten uit de richtlijn vertellen en een toelichting geven. Dan beklijft het beter. Deze bijeenkomsten zouden bij voorkeur gratis moeten zijn.

Sommige fysiotherapeuten vragen zich af in hoeverre de richtlijnen onderdeel uitmaken van de opleidingen fysiotherapie. Drie recentelijk afgestudeerde fysiotherapeuten zeggen dat de richtlijnen niet zijn opgenomen in het curriculum en er nauwelijks aandacht wordt besteed aan de richtlijnen. Dit wordt bevestigd door een aantal andere fysiotherapeuten die dit gemerkt hebben bij stagiaires of bij nieuwe medewerkers. Een andere recentelijk afgestudeerde fysiotherapeut zegt dat de richtlijnen juist uitvoerig aan bod zijn gekomen.

6.4.3 *Materialen*

Het KNGF zou een pakket van eisen moeten maken voor softwareontwikkelaars, zodat de richtlijnen en meetinstrumenten opgenomen worden in de software. Een elektronisch patiëntendossier met terugkoppeling naar de individuele fysiotherapeut zou kunnen bijdragen aan het beter opvolgen van de richtlijnen. Ook is er behoefte aan voorbeeldcasussen en aan een compleet voorbeeld dossier inclusief tijdsplan per sessie.

6.4.4 *Financiering*

Het idee leeft dat het kwaliteitsbeleid tegen de fysiotherapeuten is gaan werken. Zorgverzekeraars zijn op zoek naar kwaliteitscriteria. Ze willen handvatten hebben om de kwaliteit te kunnen beoordelen. Ze gebruiken de richtlijnen daarvoor. Maar de richtlijnen zijn volgens de fysiotherapeuten niet geschikt om door de zorgverzekeraars gebruikt te worden als kwaliteitscriteria en praktijken erop af te rekenen. De zorgverzekeraars moeten zich niet bemoeien met het vakinhoudelijke, volgens de fysiotherapeuten. Zorgverzekeraars gebruiken de richtlijnen als kookboek en dat zijn ze

niet. Kwalitatief goede zorg verlenen moet vanuit de fysiotherapeut komen, niet omdat de zorgverzekeraar dat wil.

Er is angst voor de macht van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars gebruiken (misbruiken) richtlijnen om economische redenen als controlemiddel. Deze dreiging wordt door veel fysiotherapeuten gevoeld. Het is onzeker voor de fysiotherapeuten waar dit naar toe gaat. Het gaat hierbij voornamelijk om de richtlijn 'verslaglegging'. Deze richtlijn wordt door zorgverzekeraars gebruikt (misbruikt) om te controleren of iemand volgens de richtlijn werkt en men verbindt er financiële consequenties aan.

Wanneer het gemiddeld aantal behandelingen te hoog is, worden dossiers gecontroleerd door sommige zorgverzekeraars (letterlijk alle punten afgevinkt). Het is niet duidelijk welke items uit andere richtlijnen worden gecontroleerd in de dossiers. Het wordt dan zaak voor de fysiotherapeuten om binnen de spelregels van de zorgverzekeraar te blijven. Dit komt de kwaliteit van behandelingen echter niet ten goede. De fysiotherapeuten worden onzeker door het handelen van de zorgverzekeraar, omdat ze niet weten waar ze op worden afgerekend.

Een deel van de fysiotherapeuten vindt dat de fysiotherapeuten juist extra vergoedingen zouden moeten ontvangen voor het werken met de richtlijnen en het volgen van nascholing over de richtlijnen.

6.5 Conclusies

- De fysiotherapeuten zijn overwegend positief over het nut en de noodzaak van de KNGF-richtlijnen. Een deel is erg kritisch over het nut en de huidige opzet van de richtlijnen. Volgens deze fysiotherapeuten bevatten de richtlijnen geen nieuwe informatie en heeft een fysiotherapeut die goed klinisch redeneert geen richtlijnen nodig.
- Een groot deel van de fysiotherapeuten vindt de richtlijnen niet concreet genoeg. De fysiotherapeuten zijn vrijwel unaniem van mening dat er een vertaalslag nodig is om de richtlijnen te kunnen toepassen in de praktijk. Het toepassen van de meetinstrumenten wordt door bijna iedereen als lastig ervaren.
- De verspreiding van de richtlijnen lijkt goed te verlopen. De knelpunten zitten met name in de adoptie van de richtlijnen en het gebruik ervan.
- Hoewel veel fysiotherapeuten het nut van de richtlijnen zien en men de inhoud meestal onderschrijft, staan de meesten niet open om daadwerkelijk de gehele richtlijn te volgen. Deels heeft dat te maken met gebrek aan tijd en te weinig kennis en vaardigheden. Deels zit het in de overtuiging dat men zelf beter weet wat men met de betreffende patiënten moet doen en dat men zich wil kunnen onderscheiden van andere fysiotherapeuten.
- De fysiotherapeuten lijken de richtlijnen te gebruiken op momenten die hen goed uitkomen, namelijk bij patiëntencategorieën waar ze weinig van af weten (bijv. claudicatio intermittens) of ter bevestiging dat ze goed handelen. Meestal wordt de richtlijn erbij gepakt als het herstel een afwijkend beloop heeft. De richtlijnen helemaal volgen doet bijna niemand. Diverse redenen worden daarvoor genoemd: gebrek aan tijd om de richtlijnen te lezen; de toepassing kost teveel tijd; men heeft meer vertrouwen in het eigen handelen; ook zonder richtlijn geeft de behandeling een goed resultaat.
- Naast dat er een vertaalslag nodig is naar de praktijk, geven veel fysiotherapeuten aan te weinig kennis en vaardigheden te hebben om alle aspecten uit de richtlijnen toe te kunnen passen. Zij erkennen dat hiervoor nascholing noodzakelijk is.

Desondanks willen veel fysiotherapeuten geen nascholing volgen en zijn ze niet geïnteresseerd in het bespreken van richtlijnen in hun IOF. Fysiotherapeuten die de richtlijnen wel uitgebreid hebben besproken in hun IOF of in een nascholing, zijn daarover zeer tevreden en erkennen de meerwaarde van dergelijke besprekingen.

- In aansluiting op bovenstaande vinden de meeste fysiotherapeuten dat het werken volgens de richtlijnen niet verplicht mag worden. Ook willen ze niet dat deelname aan nascholingen en IOFs (weer) verplicht wordt. Men vindt het de eigen verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut om te bepalen wat iemand nodig heeft om kwaliteit te leveren.
- Verwijzers lijken niet te weten welke richtlijnen fysiotherapeuten hebben en daardoor ontstaan er soms lastige situaties bij doorverwijzing. De richtlijnen voor fysiotherapeuten lijken niet volledig overeen te stemmen met die van huisartsen en andere verwijzers.
- Het KNGF lijkt een slecht imago te hebben onder de fysiotherapeuten en dit heeft gevolgen voor de adoptie en implementatie van de richtlijnen. Fysiotherapeuten zijn vrij unaniem in hun mening dat het KNGF de problematiek met de zorgverzekeraars moet aanpakken (dat zorgverzekeraars praktijken afrekenen op het gebruik van de richtlijnen). Dit zit de meeste fysiotherapeuten zeer dwars en draagt niet bij aan hun motivatie om met de richtlijnen te gaan werken. Fysiotherapeuten geven aan zich vaak niet gehoord te voelen en vinden dat het KNGF hen zou moeten beschermen tegen de machtspositie van de zorgverzekeraars.
- Fysiotherapeuten geven aan dat niet duidelijk is wat de visie van het KNGF is ten aanzien van de richtlijnen en het gebruik ervan. Ook weten veel fysiotherapeuten niet wat de functie van de regiokantoren is. Het is voor de fysiotherapeuten niet duidelijk of en wanneer er een update komt van een bepaalde richtlijn. Men lijkt geen behoefte te hebben aan nog veel nieuwe richtlijnen. Wel is er behoefte aan invoeractiviteiten, hoewel dat laatste op gespannen voet staat met het feit men weinig geïnteresseerd is in nascholing en het bespreken van de richtlijnen in een IOF.

De fysiotherapeuten noemen de volgende suggesties voor verbetering van de invoering van de richtlijnen:

- De richtlijnen zouden bondiger, compacter en praktijkgerichter moeten worden.
- Om het gebruik van vragenlijsten in de praktijk te vergemakkelijken, zouden deze op een apart A4 aan de richtlijn toegevoegd kunnen worden of digitaal verspreid kunnen worden, zodat ze eenvoudig te kopiëren zijn.
- Het inbouwen van methoden in het elektronisch patiëntendossier zodat de fysiotherapeut feedback kan krijgen op het eigen handelen
- Het KNGF zou een pakket van eisen moeten maken voor softwareontwikkelaars, zodat de richtlijnen en meetinstrumenten opgenomen worden in de software.
- Er zouden regionale bijeenkomsten georganiseerd kunnen worden over nieuwe richtlijnen, gericht op een vertaalslag naar de praktijk.
- (Constance) feedback van collega's
- Het KNGF zou in de vorm van accreditatie een positieve beloning kunnen geven aan fysiotherapeuten die activiteiten ondernemen die het werken volgens de richtlijnen stimuleren.

7 Discussie

7.1 Inleiding

Eerst worden conclusies getrokken over de huidige wijze van invoering van de KNGF-richtlijnen (paragraaf 7.2). Aan bod komen belemmerende en bevorderende factoren bij de invoering en verbeterpunten daarbij volgens respondenten die diverse posities binnen de fysiotherapie innemen (vraagstelling 1). Een en ander wordt ook afgezet tegen de uitkomsten van eerder evaluatieonderzoek naar de invoering van de KNGF-richtlijnen en algemene inzichten met betrekking tot het invoeren van vernieuwingen. In paragraaf 7.3 wordt een enkele kanttekening bij het onderzoek gemaakt. Het hoofdstuk eindigt (paragraaf 7.4) met aanbevelingen ten aanzien van activiteiten en basisvoorwaarden die nodig zijn om het gebruik van de KNGF-richtlijnen door fysiotherapeuten te bevorderen (vraagstelling 2).

7.2 Invoering KNGF-richtlijnen en beïnvloedende factoren

7.2.1 *Samenvattende conclusie*

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat zowel de medewerkers vanuit het KNGF, de opleidings- en nascholingsinstituten, alsook de uitvoerende fysiotherapeuten, unaniem van mening zijn dat de verspreiding van de KNGF-richtlijnen goed verloopt. Het vervolgtraject verloopt (nog) niet goed. De knelpunten zitten met name in de adoptie van de richtlijnen en het gebruik ervan. Er is een grote differentiatie tussen fysiotherapeuten wat betreft de bereidheid om met de richtlijnen te gaan werken. In de dagelijkse praktijk volgt vrijwel niemand de richtlijnen helemaal én zoals bedoeld door de ontwikkelaars.

Het KNGF heeft de afgelopen jaren veel bereikt als het gaat om de ontwikkeling en verspreiding van de richtlijnen. Activiteiten ter bevordering van het daadwerkelijke gebruik zijn achtergebleven. Het opzetten van een infrastructuur met regiokantoren en (verplichte) deelname aan een IOF, zijn goede stappen om het gebruik van de richtlijnen te bevorderen. In praktijk lijkt dit zich echter tegen het KNGF te hebben gekeerd. Het KNGF heeft een slecht imago onder een deel van de fysiotherapeuten en lijkt in dit opzicht weinig goed te kunnen doen. Al dan niet verplichte deelname aan scholing of een IOF blijken slecht te vallen, terwijl fysiotherapeuten gelijktijdig zeggen dat dit de aangewezen methoden zijn om het gebruik van de richtlijnen te bevorderen. De belangrijkste maar tevens moeilijkste klus is om de komende jaren de adoptie van de richtlijnen onder de fysiotherapeuten te verhogen.

Willen de richtlijnen door een substantieel deel van de fysiotherapeuten gebruikt worden, dan zal de focus verlegd moeten worden naar invoeractiviteiten. Daarbij zijn drie basisvoorwaarden essentieel die nu ontbreken:

1. Ten eerste ontbreekt er in de opinie van de uitvoerende fysiotherapeuten een duidelijke visie en een daarop aansluitend beleid vanuit het KNGF ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen. Een deel van de geïnterviewde KNGF-medewerkers onderschrijft dat een duidelijke visie ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen ontbreekt. Daarnaast voelen de fysiotherapeuten zich vaak niet gehoord door het KNGF. Vrij basaal hierbij is de problematiek met de zorgverzekeraars die

fysiotherapeuten afrekenen op het gebruik van de richtlijnen. Dit draagt niet bij aan de adoptie van de richtlijnen. De mening wordt breed gedeeld dat het KNGF de fysiotherapeuten hiertegen zou moeten beschermen.

2. Ten tweede zijn alle respondenten, ongeacht hun functie en positie, het erover eens dat er een vertaalslag nodig is om de richtlijnen te kunnen toepassen in de praktijk. Deels is dit te ondervangen door de inhoud en vormgeving van de huidige richtlijnen aan te passen. Scholing / training bij het initiële gebruik en het vervolggebruik van de richtlijnen, zijn wezenlijk volgens de respondenten. Dit laatste staat overigens op gespannen voet met het feit dat veel uitvoerende fysiotherapeuten tegelijkertijd weinig geïnteresseerd zijn in deelname aan scholing en verplichte scholing niet wenselijk vinden.

3. Tot slot en niet in de laatste plaats zijn veel problemen te wijten aan het ontbreken van financiering voor de invoering van de richtlijnen, met inbegrip van onderzoek (om de implementatiecyclus rond te kunnen maken). Hierdoor kan een deel van de noodzakelijke invoeractiviteiten niet uitgevoerd worden inclusief de opzet van een infrastructuur die voor een goede invoering nodig is. Financiering is daarom een basisvoorwaarde, wil een groot deel van de huidige knelpunten opgelost kunnen worden.

Hierna volgen in detail de conclusies, aan de hand van het model voor de invoering van vernieuwingen (figuren 1 en 2, hoofdstuk 1).

7.2.2 *Ontwikkeling richtlijnen*

De uitvoerbaarheid van de richtlijnen levert knelpunten op die deels terug te voeren zijn op de ontwikkeling van de richtlijnen. Geconcludeerd kan worden dat er een vertaalslag nodig is om de richtlijnen te kunnen toepassen in de praktijk. Dit wordt door alle respondenten genoemd, ongeacht hun functie en positie in het veld. Voorlichting en scholing / training worden gezien als de aangewezen methoden daarvoor. Een bijzonder punt van aandacht daarbij zijn de meetinstrumenten. Fysiotherapeuten vinden de toepassing ervan lastig en hebben problemen met de interpretatie van de gegevens. Daarnaast hebben patiënten moeite met het invullen van de vragenlijsten.

Behalve dat er een vertaalslag nodig is naar de praktijk, kan geconcludeerd worden dat een deel van de respondenten vindt dat de richtlijnen kunnen verbeteren qua leesbaarheid en vormgeving. De fysiotherapeuten vinden de richtlijnen inhoudelijk juist, maar tegelijkertijd te volledig. Dat laatste zorgt ervoor dat de richtlijnen als te omvangrijk, onoverzichtelijk en droge stof worden ervaren. Dit lokt niet uit tot het lezen ervan. Voor het dagelijkse gebruik is de praktijkrichtlijn te omvangrijk en de samenvattingskaart alléén te beperkt.

Geconcludeerd kan worden dat er vanuit sommige opleidingsinstituten behoefte is aan verduidelijking van de mate van evidentie die aan de verschillende adviezen in de richtlijn ten grondslag ligt. Hierbij aansluitend zou aangegeven moet worden wat de consequenties ervan zijn voor het navolgen van de richtlijn.

Ten aanzien van de meetinstrumenten is onduidelijk wat de betekenis ervan is op individueel niveau, omdat de meetinstrumenten vooral op groepsniveau zijn onderzocht.

Een deel van de fysiotherapeuten en enkele respondenten van de opleidingsinstituten zouden graag multidisciplinaire richtlijnen willen hebben omdat ketenzorg rond een bepaalde patiëntengroep als kwalitatief betere zorg wordt ervaren.

7.2.3 *Determinantenanalyse*

Idealiter vindt er voorafgaande aan de verspreiding en invoering van een richtlijn een determinantenanalyse / proefimplementatie plaats onder willekeurige fysiotherapeuten. Geconcludeerd kan worden dat voor de KNGF-richtlijnen een proefimplementatie pas na de verspreiding gebeurt en onder een geselecteerde groep fysiotherapeuten. Dit is jammer omdat op basis van een proefimplementatie de inhoud en de vormgeving van de richtlijn nog kan worden bijgesteld. Daarnaast kunnen naar aanleiding van de uitkomsten scholing en andere invoerstrategieën ontworpen worden die aansluiten bij de kritiek gebleken determinanten. De huidige aanpak om via een gestandaardiseerde vragenlijst de toepasbaarheid en bruikbaarheid te onderzoeken, is in principe goed. Echter het 'uittesten' van de richtlijn via een proefimplementatie is beter omdat dit echt zicht geeft op de uitvoeringsproblemen.

7.2.4 *Invoerstrategieën*

Voor een goede uitvoering van de richtlijnen zijn activiteiten gericht op de verspreiding, adoptie, het gebruik en continuering van het gebruik belangrijk. De geïnterviewden zijn unaniem van mening dat voorlichting, scholing en coaching hierbij onmisbaar zijn. Echter vanwege het ontbreken van financiering zijn de invoerstrategieën beperkt gebleven tot het actief verspreiden van de richtlijnen. Zoals eerder geconcludeerd verloopt de verspreiding onder de fysiotherapeuten goed. Daarnaast blijken de richtlijnen hun weg naar de opleidingen te hebben gevonden: bij alle geïnterviewde opleidingen zijn de richtlijnen in het curriculum opgenomen. De richtlijnen zijn echter niet systematisch in het onderwijs verweven.

Ter bevordering van de adoptie en het gebruik van de richtlijnen, vindt een aantal activiteiten plaats. Ten eerste heeft het KNGF deskundigheidsbevorderingspakketten en jaarprogramma's ontwikkeld voor bespreking in het IOF. Geconcludeerd kan worden dat weinig fysiotherapeuten de deskundigheidsbevorderingspakketten kennen en gebruiken. Fysiotherapeuten die de pakketten binnen een IOF hebben gebruikt, ervaren ze wel als waardevol. Ook voor de jaarprogramma's geldt dat slechts weinig IOFs voor deze programma's kiezen. De jaarprogramma's worden als langdradig en niet praktisch genoeg ervaren.

Ten tweede maken de richtlijnen onderdeel uit van het curriculum van de opleidingen fysiotherapie. Geconcludeerd kan worden dat de opleidingen unaniem van mening zijn dat zij daarin een belangrijke rol kunnen en willen spelen. In de praktijk blijkt de vorm en de mate waarin aandacht aan de richtlijnen wordt besteed sterk te variëren en grotendeels afhankelijk te zijn van de inzichten van de individuele docent.

Ten derde vormen de richtlijnen de pijlers van het onderwijs van de twee geïnterviewde nascholingsinstituten. In algemene zin gaat het bij het werken met een vernieuwing (richtlijn) niet alleen om het aanreiken van nieuwe materialen, maar juist om een verandering in attitude en gedrag. Geconcludeerd kan worden dat de nascholingprogramma's van de twee geïnterviewde instituten hieraan voldoen. Tijdens de nascholingen wordt de fysiotherapeuten geleerd de vertaalslag van de richtlijnen naar de praktijk te maken. Daarbij gaat het niet alleen om overdracht van kennis, maar juist om het aanleren van de benodigde vaardigheden om met de richtlijn te kunnen werken.

Hoewel de fysiotherapeuten aangeven dat nascholing essentieel is om met de richtlijnen te kunnen werken, kan tevens geconcludeerd worden dat zij hier niet echt open voor staan. Dit wordt bevestigd door een van de nascholingsinstituten. De op de richtlijnen gebaseerde nascholingsprogramma's blijken vanwege de geringe belangstelling niet meer rendabel om te ontwikkelen. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat een

verplichte scholing, net zoals destijds de verplichte deelname aan een IOF, op veel weerstand bij de fysiotherapeuten stuit.

7.2.5 *Verspreiding*

Geconcludeerd kan worden dat de verspreiding van de richtlijnen goed verloopt omdat de meeste fysiotherapeuten de richtlijnen in hun bezit hebben. De werkwijze van het KNGF om de richtlijnen (papieren versie) toe te sturen én dit gratis te doen, is daarbij belangrijk geweest. Een punt van aandacht blijft het bereik van de niet KNGF-leden.

7.2.6 *Adoptie*

Geconcludeerd kan worden dat fysiotherapeuten een ambivalente houding hebben ten aanzien van de KNGF-richtlijnen. Er wordt gedifferentieerd gedacht over de noodzaak, het nut en de relevantie van de richtlijnen in algemene zin. Het merendeel van de geïnterviewde fysiotherapeuten staat hier positief tegenover, maar er is ook een substantiële groep die hier zeer kritisch over is. Echter, als het gaat om de bereidheid en het enthousiasme om met de richtlijnen te gaan werken, kan geconcludeerd worden dat de meeste geïnterviewde fysiotherapeuten niet open staan om daadwerkelijk alle adviezen uit de richtlijnen te volgen. Dit zijn ook de ervaringen van de KNGF-medewerkers en de medewerkers van de opleidingsinstituten. Deels vloeit dit voort uit een gebrek aan kennis en vaardigheden, gebrek aan tijd, ontoegankelijkheid van de richtlijnen en de problematiek met de zorgverzekeraars. Deels zit het in de overtuiging van sommige fysiotherapeuten dat men zelf beter weet wat goede zorg is voor hun patiënten. Opmerkelijk is dat een deel van de fysiotherapeuten niet intrinsiek gemotiveerd lijkt om aan introspectie te doen en de kwaliteit van het eigen handelen kritisch te bezien. Opmerkingen als “Wie betaalt dat ik actueel ben?” of “De patiënt is toch wel tevreden, welke aanpak ik ook kies.” passen in dit beeld. Breed gedragen is de mening dat het gebruik van de richtlijnen en nascholing niet verplicht gesteld moeten worden.

7.2.7 *Implementatie en continuering*

Geconcludeerd kan worden dat van de geïnterviewde fysiotherapeuten vrijwel niemand de richtlijnen in de dagelijkse praktijk helemaal volgt en zeker niet zoals bedoeld door de ontwikkelaars. Dit is ook de ervaring van de geïnterviewde KNGF-medewerkers en de medewerkers van de opleidings- en nascholingsinstituten. De fysiotherapeuten lijken de richtlijnen te gebruiken op momenten die hen goed uitkomen, namelijk bij patiëntencategorieën waar ze weinig van af weten, als het herstel een afwijkend beloop heeft of ter bevestiging dat ze goed gehandeld hebben. Wel geven de meeste fysiotherapeuten aan met de komst van de richtlijnen bewuster te handelen en meer aan verslaglegging te doen. De conclusie dat de implementatie en dus ook de continuering niet goed verlopen is verklaarbaar omdat het KNGF tot nu toe nauwelijks activiteiten heeft ondernomen ter bevordering hiervan.

De belangrijkste belemmeringen die genoemd worden bij het (gaan) werken volgens de richtlijnen zijn gelegen in de richtlijnen zélf (zie ontwikkeling), de fysiotherapeut en in de randvoorwaardelijke sfeer. Belemmeringen met betrekking tot de fysiotherapeut zijn de attitude en gebrek aan kennis en vaardigheden om de richtlijnen, en met name de meetinstrumenten, te kunnen toepassen. Belemmeringen in de randvoorwaardelijke sfeer hebben te maken met tijdsinvestering, het inpassen van de richtlijnen in de praktijkorganisatie, het ontbreken van financiering voor nascholing en het ontbreken van een vergoeding voor de extra tijd die het eerste consult in beslag neemt vanwege uitgebreide anamnese en onderzoek. In mindere mate worden de verwachtingen van de

patiënt genoemd en dat verwijzers niet op de hoogte zijn van de KNGF-richtlijnen c.q. de richtlijnen inhoudelijk niet op elkaar zijn afgestemd.

7.2.8 *Monitoring en evaluatie*

De evaluatie van het gebruik van de richtlijnen door het KNGF, zorgverzekeraars of andere instanties is nog niet sterk ontwikkeld. Er vindt wel onderzoek plaats, maar niet systematisch en niet onder een aselechte steekproef van fysiotherapeuten. De Beroepsmonitor Fysiotherapie is de enige jaarlijks terugkerende peiling onder een aselechte steekproef fysiotherapeuten. Als er in de Monitor naar het gebruik van de richtlijnen is gevraagd, is dat slechts summier gebeurd. Daardoor kunnen er nauwelijks conclusies worden getrokken over de mate van adoptie, het gebruik van de diverse kernelementen uit een richtlijn en laat staan de determinanten die het gebruik bepalen.

Geconcludeerd kan worden dat de evaluatie van het gebruik van de richtlijnen door de fysiotherapeuten zélf, bijvoorbeeld in de vorm van intercollegiale toetsing of intervisie (al dan niet in IOF-verband), nog in de kinderschoenen staat. Het daadwerkelijke gebruik van de richtlijnen door de individuele fysiotherapeuten wordt ook niet in het kader van de HKZ-certificering getoetst, omdat fysiotherapeuten alleen een intentieverklaring tekenen dat men volgens de richtlijnen werkt.

De bevindingen uit het onderhavige onderzoek sluiten aan bij de uitkomsten van het onderzoek dat tot nu toe is verricht (o.a. Schenkeveld 2004, Hofhuis 2005). De fysiotherapeuten zijn verdeeld over het nut en de bruikbaarheid van de richtlijnen, de bereidheid om met de richtlijnen te gaan werken is wisselend en het zelfgerapporteerde gebruik is niet echt hoog.

7.2.9 *Beleid en strategie*

Kijkend naar de wijze van invoering van de KNGF-richtlijnen kan geconcludeerd worden dat het KNGF nog geen concrete doelstellingen heeft ten aanzien van de invoering van de richtlijnen en dat een systematische methodiek hiervoor ontbreekt. Dit wordt als een lacune ervaren door de uitvoerende fysiotherapeuten, de opleidings- en nascholingsinstituten, maar ook door de medewerkers van de KNGF-regiokantoren. Veel fysiotherapeuten weten niet wat de visie van het KNGF is ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen. Daarnaast weten ze niet wat de rol van de regiokantoren is.

Het KNGF heeft een slecht imago bij een deel van de fysiotherapeuten. Dit komt onder andere omdat in de ogen van de fysiotherapeuten het KNGF niet optreedt in de problematiek met de zorgverzekeraars. Dit is jammer omdat het KNGF en de fysiotherapeuten niet verschillen van mening over het doel van de richtlijnen en dat het bewaken van de kwaliteit van de zorg primair een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf is.

Vanwege het ontbreken van financiering heeft het KNGF een bewuste keuze gemaakt om vooral te investeren in de ontwikkeling en een optimale verspreiding van de richtlijnen. Geconcludeerd kan worden dat het KNGF in deze opzet is geslaagd; de bekendheid met de richtlijnen is groot en de fysiotherapeuten hebben de meeste richtlijnen in hun bezit.

7.2.10 *Infrastructuur*

Geconcludeerd kan worden dat de infrastructuur voor de invoering van de richtlijnen vanuit landelijk niveau naar de individuele fysiotherapeuten, sterk verzwakt is. De

belangrijkste pijler om de richtlijnen in te voeren was het IOF, ondersteund vanuit de KNGF-regiokantoren. Met het wegvallen van de verplichte deelname aan een IOF worden de richtlijnen nog maar in beperkte mate besproken. Tevens is door het wegvallen van subsidies ook de ondersteuning vanuit de regiokantoren aan de IOFs deels weggevallen. Een punt van zorg is dat de regiomedewerkers niet weten welk beleid van hen verwacht wordt vanuit het hoofdkantoor en dat daarnaast de regiomedewerkers niet altijd zicht hebben op de activiteiten vanuit het hoofdkantoor (bijvoorbeeld de uitkomsten van de reflectietoetsen vanuit de IOFs). Daarnaast zijn de initiële opleidingen een belangrijke pijler voor de invoering van richtlijnen. Zoals eerder genoemd zijn de richtlijnen (nog) niet systematisch in het onderwijs verweven.

7.2.11 *Financiering*

Geconcludeerd kan worden dat de neiging van zorgverzekeraars om praktijken af te rekenen op het gebruik van de richtlijnen, een negatief effect heeft op de attitude van de fysiotherapeuten ten aanzien van de richtlijnen. Zowel de fysiotherapeuten als het KNGF vinden dat de richtlijnen daarvoor niet bedoeld en ook niet geschikt zijn. Het KNGF is van mening dat het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de zorg primair een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is. Daar waar zorgverzekeraars hebben gekeken naar het gebruik van de richtlijnen, lijkt het alleen om de richtlijn 'verslaglegging' te gaan. Desalniettemin is er onzekerheid en een zekere angst onder fysiotherapeuten waar dit in de toekomst naar toe zal gaan.

Er ontbreekt structurele financiering voor de ontwikkeling, invoering, borging, monitoring en evaluatie van de richtlijnen. Het huidige budget laat niet toe om systematisch te werken aan de opbouw van een goede infrastructuur, een systeem voor scholing (inclusief individuele coaching) en een monitoringsysteem. Hierdoor kunnen veel van de noodzakelijke activiteiten voor een goed gebruik van de richtlijnen niet of maar deels uitgevoerd worden.

7.3 **Kanttekeningen**

Het betreft een beperkt kwalitatief onderzoek. Geprobeerd is zicht te krijgen op de perceptie van (sleutelpersonen in) belangrijke organisaties binnen de fysiotherapie die direct of indirect bij de invoering betrokken zijn, over de huidige wijze van invoering van de KNGF-richtlijnen. Gezien het feit dat in essentie de antwoorden van veel respondenten overeenkomen, ongeacht hun functie en positie, denken we een goed beeld te hebben verkregen van de huidige wijze van invoering van de KNGF-richtlijnen, knelpunten en verbeterpunten daarbij.

Er is bij de interviews uitgegaan van de perceptie van de geïnterviewden. Zo zeggen sommige fysiotherapeuten dat het werken met de richtlijnen lastig is omdat ze verschillend in opbouw en terminologie zijn. Hoewel feitelijk beschouwd de richtlijnen allemaal eenzelfde opbouw hebben en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gebruiken, ligt dat in de perceptie van sommige fysiotherapeuten anders. Ook voor de (regio)medewerkers van het KNGF geldt dat hun perceptie onderling kan verschillen.

Uiteindelijk zijn het de fysiotherapeuten die met de richtlijnen geacht worden te gaan werken. Daarom is er naar gestreefd een zo groot mogelijke diversiteit aan fysiotherapeuten te interviewen. Bij de werving werden uitdrukkelijk ook die

fysiotherapeuten uitgenodigd, die kritisch zijn over de richtlijnontwikkeling en het proces van invoering. Desondanks is het mogelijk dat vooral fysiotherapeuten die geïnteresseerd zijn in de richtlijnen zich hebben opgegeven voor de interviews. Daarmee zou een rooskleuriger beeld kunnen zijn ontstaan van de mate van adoptie en het gebruik van de richtlijnen, dan in werkelijkheid het geval is. Hier kan tegenin gebracht worden dat in twee van de vijf focusgroepen zeer kritisch werd gesproken over het nut en de noodzaak van de richtlijnen. Verder waren er nauwelijks discrepanties tussen de antwoorden van de deelnemers wat betreft het gebruik van de richtlijnen en ook verschillen die niet van de bevindingen uit eerder onderzoek naar de KNGF-richtlijnen. Al met al denken we daarom een vrij goed overzicht te hebben gekregen van de diverse factoren die een rol spelen bij het (gaan) werken met de KNGF-richtlijnen. Aan het onderzoek kunnen echter geen conclusies worden verbonden wat betreft de mate van vóórkomen van de verschillende factoren; daarvoor is andersoortig onderzoek nodig.

Er blijkt een discrepantie te zijn tussen de antwoorden van de medewerkers van de opleidingsinstituten enerzijds en de KNGF-medewerkers en recentelijk afgestudeerde fysiotherapeuten anderzijds, wat betreft de mate waarin er in het onderwijs aandacht wordt besteed aan de richtlijnen. Een verklaring zou kunnen zijn dat de richtlijnen weliswaar in het curriculum opgenomen zijn, maar daar in de praktijk door de individuele docenten verschillend uitvoering aan wordt gegeven. De vraag is of zowel de geïnterviewden van de opleidingsinstituten alsook de KNGF-medewerkers daar een volledig beeld van hebben. Het onderhavige onderzoek geeft daar geen uitsluitsel over.

7.4 Aanbevelingen

De insteek van dit onderzoek was om de huidige invoering van de KNGF-richtlijnen aan een kritische blik te onderwerpen en te kijken naar verbeterpunten. Het uitgangspunt was vooral te leren van de fysiotherapeuten zélf en van diverse organisaties die zich direct of indirect met de invoering van de KNGF-richtlijnen bezig houden. Daarnaast is bij de aanbevelingen gebruik gemaakt van algemene implementatie-inzichten en, waar mogelijk, van ervaringen van andere beroepsgroepen bij de invoering van hun standaarden/richtlijnen. Onderstaande aanbevelingen zijn bedoeld om datgene wat is bereikt te bewaren, te onderhouden en te verbeteren.

7.4.1 *Algemeen*

Gezien de beperkte financiële ruimte van het KNGF voor de ontwikkeling en invoering van de richtlijnen, zullen niet die activiteiten ontplooid kunnen worden die noodzakelijk zijn voor een goede invoering. Het is aan het KNGF om daar (in samenspraak met haar leden) een keuze in te maken. De belangrijkste maar tevens moeilijkste klus is om de komende jaren de adoptie van de richtlijnen onder de fysiotherapeuten te verhogen. De belangrijkste aanbeveling is dat het KNGF een invitationale conference organiseert en daarin de uitkomsten van het onderhavige rapport bespreekt met in ieder geval (vertegenwoordigers) van fysiotherapeuten, beleidsmedewerkers van VWS, zorgverzekeraars, richtlijnontwikkelaars en implementatiedeskundigen van andere beroepsgroepen, en vertegenwoordigers van de initiële opleiding fysiotherapie en nascholingsinstituten. Op basis van de uitkomsten van de invitationale conference kan het KNGF haar beleid voor de komende jaren bepalen. De volgende beleidsscenario's zijn denkbaar:

1. Inzetten op zowel de ontwikkeling als de invoering van de richtlijnen. Dit is het meest wenselijke scenario, maar kan alleen plaatsvinden onder de conditie dat er voldoende financiering én capaciteit hiervoor is. Om alle invoeractiviteiten die nodig zijn te kunnen realiseren, zou in ieder geval een uitbreiding aan capaciteit binnen het KNGF nodig zijn, zowel landelijk als regionaal. Het huidige beschikbare budget is een punt van zorg. Het KNGF zou haar leden kunnen vragen om in te stemmen met een contributieverhoging zodat het KNGF meer armslag heeft om invoeractiviteiten te ontwikkelen en aan te bieden. Een andere optie is dat met de zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt over een tariefsverhoging, waarbij deze tariefsverhoging wordt gereserveerd voor invoeractiviteiten. Dit analoog aan de afspraken die tussen de Orde van Medisch Specialisten, de zorgverzekeraars en VWS zijn gemaakt: met ingang van 2008 is 50 cent van het uurtarief gereserveerd voor kwaliteitsbeleid (richtlijnontwikkeling en –invoering).
2. Voortzetting van het huidige beleid waarbij sterk wordt ingezet op de ontwikkeling van de richtlijnen en het onderhoud ervan. Voor dit scenario is uitbreiding van budget en capaciteit niet strikt noodzakelijk. Hierbij wordt de natuurlijke ontwikkeling afgewacht waarbij naar inschatting van het KNGF een groep fysiotherapeuten zal ontstaan die wil investeren, die volgens richtlijnen wil gaan werken en die zich meer wil profileren (de voorlopers). Er zullen mogelijk grotere praktijken ontstaan of koepels van praktijken die samenwerken. In deze praktijken zal meer uniformiteit zijn in het handelen, meer intercollegiale toetsing, overleg en intervisie. Verder zal men werken met een kwaliteitssysteem. Deze groep fysiotherapeuten zou hiervoor financieel beloond kunnen worden door de zorgverzekeraars.
3. Temporiseren van de ontwikkeling van de richtlijnen ten faveure van invoeractiviteiten. Dit betekent dat de richtlijnen in minder snel tempo ontwikkeld worden en het beschikbare budget en de capaciteit meer worden ingezet voor de invoering de richtlijnen. Dit scenario vraagt om meer financiering dan tot nu toe beschikbaar is. In dit scenario wordt ingezet op een grotere groep fysiotherapeuten die bereid is om met de richtlijnen te werken (voorlopers en middenmoot), maar hierin niet alléén zelf willen investeren. Te denken valt aan het gratis aanbieden van scholing én ondersteuning voor een of twee richtlijnen, waarbij op termijn een eigen investering van de fysiotherapeuten wordt gevraagd. Deze fysiotherapeuten zouden door de zorgverzekeraars hiervoor financieel beloond kunnen worden. In deze opzet zou de infrastructuur nieuw leven ingeblazen moeten worden waarbij een actievere rol voor de regiokantoren is weggelegd. Ten eerste zou er een fijnmaziger netwerk aan regiokantoren moeten komen zodat de regiokantoren een kleiner gebied bestrijken. Ten tweede zouden de regiomedewerkers actief naar de fysiotherapeuten toe moeten gaan. Op deze manier kan een uitwisseling van informatie en ondersteuning plaatsvinden tussen landelijk en regionaal niveau, maar ook tussen fysiotherapiepraktijken onderling waarbij men van elkaars ervaringen kan leren.
4. Inzetten op de invoering van de richtlijnen waarbij toetsing op het gebruik van de richtlijnen, scholing, deelname aan intercollegiale toetsing etc. verplicht zijn om in het kwaliteitsregister ingeschreven te kunnen worden/blijven. Voor dit scenario is uitbreiding van budget en capaciteit niet strikt noodzakelijk. In dit scenario zouden de zorgverzekeraars aangemoedigd kunnen worden fysiotherapeuten ‘af te rekenen’ op het gebruik van de richtlijnen. Een dergelijke dwangstrategie kan effectief zijn, maar alleen als dit past binnen de cultuur van

de beroepsgroep. Gezien het feit dat onder fysiotherapeuten breed gedragen wordt dat de richtlijnen en nascholing niet verplicht gesteld moeten worden, lijkt dit scenario een laatste noodgreep. Dit laat onverlet dat fysiotherapeuten wel degelijk aangesproken en 'afgerekend' kunnen worden op de kwaliteit van hun handelen. In juridische zaken zal het handelen van een individuele zorgverlener worden vergeleken met datgene wat gebruikelijk is onder beroepsgenoten. De richtlijnen spelen in die zin een rol, omdat daarin is weergegeven wat de huidige stand van zaken is onder beroepsgenoten, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Hierna volgen in detail de aanbevelingen. De aanbevelingen zijn geformuleerd aan de hand van het model voor de invoering van vernieuwingen (figuren 1 en 2, hoofdstuk 1) en zeggen dus niets over de mate van prioritering.

7.4.2 *Ontwikkeling KNGF-richtlijnen*

Het is wenselijk de huidige inhoud en vormgeving van de richtlijnen onder de loep te nemen en eventueel aan te passen. Te denken valt aan beknoptere richtlijnen waar de essentie snel uitgehaald kan worden. Een optie zou kunnen zijn om de praktijkrichtlijn te beperken tot een praktische handleiding van 15 tot 20 pagina's die samen met de samenvattingskaart de basis is voor de dagelijkse praktijk. Aanbevolen wordt om via een proefimplementatie onder willekeurige fysiotherapeuten de meest geschikte vorm te onderzoeken.

Geadviseerd wordt dat de ontwikkelaars bij elke richtlijn aangeven wat de kernelementen zijn en welke mate van evidentie daaraan ten grondslag ligt. Het gaat daarbij om de vraag wat essentieel is om te doen, wat essentieel is om achterwege te laten en welke adviezen optioneel zijn. Daarnaast zou men moeten aangegeven wat de consequenties zijn voor de patiënt wanneer een fysiotherapeut van de essentiële onderdelen afwijkt.

7.4.3 *Determinantenanalyse*

Het verdient aanbeveling om een uitgebreide proefimplementatie te houden voordat een KNGF-richtlijn wordt gepubliceerd en verspreid. Het advies is om dit onderdeel van het ontwikkeltraject te laten uitmaken. Dit houdt in dat een substantieel aantal willekeurige fysiotherapeuten gevraagd wordt een tijd volgens de richtlijn te werken. Aanbevolen wordt om op basis van de uitkomsten de inhoud en vormgeving van de richtlijn eventueel bij te stellen en daarnaast scholing en andere invoerstrategieën te ontwerpen die aangrijpen op kritiek gebleken determinanten. Het is bekend dat wanneer de eerste ervaringen met een richtlijn niet succesvol zijn, men veelal besluit de richtlijn niet verder of slechts deels te gebruiken (Fleuren e.a. 2007). Daarom is het raadzaam hierop te anticiperen alvorens de richtlijn onder de fysiotherapeuten te verspreiden. Dit sluit ook aan bij de wens van de opleidings- en nascholingsinstituten om al tijdens de ontwikkeling van een richtlijn, parallel een nascholings- en/of e-learningspakket te ontwikkelen, zodat er bij verspreiding van de richtlijn direct scholing beschikbaar is. Omdat het huidige beleid is voorlopig geen nieuwe richtlijnen meer te ontwikkelen, zullen er waarschijnlijk alleen nog updates van richtlijnen verschijnen. Ook voor deze updates is het zinvol een proefimplementatie te houden. Bij de nieuwe richtlijnen gebeurt dit al door de richtlijn uit te zetten in een (a-selecte) groep van 50-100 fysiotherapeuten met het verzoek om commentaar en mogelijke knelpunten aan te geven. Op basis van dit commentaar wordt de richtlijn bijgesteld. Bij de update wordt

gebruik gemaakt van cohort-studies of RCTs en worden de ervaringen, knelpunten weer meegenomen met de update.

Het KNGF zou voor elke richtlijn op basis van de determinantenanalyse / proefimplementatie een document met uitvoeringsproblemen en oplossingen kunnen maken (Frequently Asked Questions (FAQ)). Een plan van aanpak voor de invoering van de richtlijn in de eigen praktijk zou daarvan onderdeel moeten uitmaken, evenals een raming van de kosten van de invoering. Ondanks een uitgebreide determinantenanalyse / proefimplementatie zullen fysiotherapeuten tegen 'nieuwe' uitvoeringsproblemen blijven aanlopen. Daarom is het belangrijk dat deze centraal door het KNGF verzameld worden en dat het document onderhouden en aangevuld wordt. De meest recente versie kan op de KNGF-website staan zodat fysiotherapeuten, IOFs, scholingsinstituten en de ontwikkelaars (voor de update) er gebruik van kunnen maken.

7.4.4 *Invoerstrategieën*

Het verdient aanbeveling dat de richtlijnen een structurele en eenduidige plaats krijgen binnen het curriculum van de reguliere opleidingen fysiotherapie. Enerzijds dient het onderwijs gebaseerd te zijn op de werkwijze zoals beschreven in de richtlijnen, anderzijds gaat het om scholing over de implementatie van de richtlijnen, al dan niet in het kader van kwaliteit van zorg. Kijkend naar verschillende competentieniveaus (Miller 1990), zou de scholing zich zowel moeten richten op feitenkennis (knows / knows how) alsook op het adequaat toepassen van vaardigheden in de praktijk, via casuïstiek en de stageplaatsen (shows how / does). Het is wenselijk dat de communicatielijnen tussen het KNGF, de ontwikkelaars en de opleiders kort zijn. De richtlijnen zouden systematisch en gedurende alle leerjaren aan bod moet komen. Dit vraagt om afstemming tussen de opleidingen onderling en met de ontwikkelaars van de richtlijnen. Ook binnen de opleidingen dienen afspraken gemaakt te worden tussen docenten onderling, zodat de wijze waarop de richtlijnen aan bod komen niet afhangt van de voorkeur of het inzicht van de individuele docent. Dit zal naar verwachting betekenen dat docenten hierin 'bijgeschoold' moeten worden.

Keer op keer blijken scholing en coaching essentieel bij het (gaan) werken met richtlijnen. Het verdient daarom aanbeveling dat voor iedere richtlijn inhoudelijke scholing beschikbaar is én scholing gericht op de daadwerkelijke toepassing van de richtlijnen in de dagelijkse praktijk. Bij het laatste gaat het bijvoorbeeld om zaken als: 'Hoe leg ik patiënten uit dat tijdens de eerste zitting meestal geen behandeling plaatsvindt', 'Hoe is het gebruik van de meetinstrumenten in te bouwen in de dagelijkse routine'. Scholing zal waarschijnlijk een deel van de belemmeringen wegnemen die de fysiotherapeuten noemen zoals het inpassen van de richtlijnen in de praktijkorganisatie en de extra tijdsinvestering die het werken met de richtlijnen aanvankelijk zal kosten.

Daarnaast verdient het aanbeveling follow-up bijeenkomsten te organiseren voor de uitwisseling van ervaringen van fysiotherapeuten. De medewerkers van de regiokantoren zouden deze bijeenkomsten kunnen organiseren en mogelijk begeleiden, indien zij daar zelf scholing toe ontvangen. Het meeste rendement kan worden verwacht wanneer praktijken gezamenlijk starten met de scholing. Het is wenselijk dat KNGF, samen met de regiomedewerkers, de ontwikkelaars van de richtlijnen en de nascholingsinstituten onderzoekt welke (vorm van) nascholing en/of andere invoerstrategieën georganiseerd kunnen worden. Daarnaast is het wenselijk hierover regulier overleg te voeren (bijvoorbeeld twee keer per jaar).

Geadviseerd wordt om de mogelijkheden van e-learning verder te onderzoeken en daarbij te leren en gebruik te maken van de ruime ervaring die andere (beroeps)organisaties op dit gebied hebben. Deze manier van scholing is waarschijnlijk goedkoper en een bijkomend voordeel is dat de fysiotherapeut er op elk gewenst moment gebruik van kan maken. Daarnaast zal de meer 'traditionele' scholing nodig blijven omdat e-learning zich minder / niet leent voor attitudeverandering en het aanleren en oefenen van vaardigheden.

7.4.5 *Verspreiding*

Aanbevolen wordt dat het KNGF de huidige wijze van verspreiding van de richtlijnen handhaaft. Uit de interviews met fysiotherapeuten blijkt dat, hoewel de richtlijnen via Internet zijn te downloaden, men liever een 'gebonden' papieren versie ontvangt. Het hebben van een 'boekje' bevordert het lezen ervan en zorgt ervoor dat de richtlijn er in de dagelijkse praktijk vaker bij gepakt wordt. Een nadeel van de 'boekjes' is dat tussentijdse wijzigingen lastiger door te voeren zijn. Daarom verdient het aanbeveling daarnaast te blijven inzetten op de mogelijkheden van het Internet voor de verspreiding en de ondersteuning bij het gebruik van de richtlijnen. Mogelijk dat een ander format met ondersteunende functies de behoefte aan de papieren versies in de toekomst doet verminderen.

De opleidings- en nascholingsinstituten spelen een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van de adoptie en het gebruik van de richtlijnen. Aanbevolen wordt dat het KNGF samen met de instituten onderzoekt wat de (financiële) mogelijkheden zijn om de richtlijnen via deze kanalen te verspreiden. De richtlijnen zouden, tegen reductie, onderdeel kunnen zijn van de benodigde lesmaterialen voor studenten. Dit komt ook tegemoet aan de klacht van sommige beginnende fysiotherapeuten dat het een te grote investering is om de reeds verschenen richtlijnen te moeten kopen.

7.4.6 *Adoptie*

De adoptie van de richtlijnen door de fysiotherapeuten is matig en ook de bereidheid om aan activiteiten deel te nemen ter bevordering van het gebruik van de richtlijnen. Naast het feit dat een deel van de fysiotherapeuten niet intrinsiek gemotiveerd lijkt om met richtlijnen te werken, speelt ook de kwestie van de zorgverzekeraars en daaraan verbonden het imago van het KNGF een rol. Het is aan te bevelen dat het KNGF de adoptie en het imageprobleem als eerste prioriteit oppakt. De uitkomsten van het onderhavige onderzoek zouden daarbij als ondersteuning kunnen dienen.

7.4.7 *Implementatie en borging*

Veel beroepsgroepen zijn in het kader van de herregistratie verplicht deel te nemen aan intercollegiale toetsing. In een toets-cyclus vergelijken professionals stapsgewijs de verleende zorg met de wenselijke zorg (richtlijn). Dit strekt verder dan de manier waarop de richtlijnen tot nu toe binnen de IOFs zijn besproken. Te overwegen valt intercollegiale toetsing voor fysiotherapeuten (weer) in te voeren als eis voor (her)registratie in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Deelname aan intercollegiale toetsing zal naar verwachting de adoptie van de richtlijnen bevorderen doordat men bewuster en kritischer kijkt naar de kwaliteit van het eigen handelen. Verder blijkt intercollegiale toetsing een geschikte methode om het werken met richtlijnen te bevorderen en te borgen en zijn vice versa richtlijnen bij uitstek geschikt om tijdens intercollegiale toetsing te bespreken. Het is wenselijk dat een richtlijn bijvoorbeeld eens in de drie jaar besproken wordt tijdens intercollegiale toetsing.

Het is aan te bevelen de richtlijnen en de meetinstrumenten, waar mogelijk, in het elektronisch patiëntdossier op te nemen. Dit ter ondersteuning van het gebruik en de borging van de richtlijnen. Tevens kan het elektronisch dossier een mogelijkheid bieden om fysiotherapeuten feedback te geven op hun handelen.

7.4.8 *Monitoring en evaluatie*

Aanbevolen wordt op korte termijn eerst de aandacht te richten op activiteiten ter bevordering van de adoptie en het gebruik van de richtlijnen. Daarna, en eventueel ter ondersteuning van deze activiteiten, is het wenselijk om het gebruik van de richtlijnen op landelijk niveau te evalueren. Monitoring en evaluatie maken immers deel uit van de innovatiecyclus (zie figuur2). Het gaat hierbij om zowel onderzoek naar het proces van invoering als naar het effect ervan op de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering, en niet in de laatste plaats naar de determinanten daarvan, zodat gericht geadviseerd kan worden over verbeteractiviteiten. Het is belangrijk om na te gaan in hoeverre de kernelementen uit de richtlijnen worden gevolgd. Wanneer de effecten van een richtlijn bij patiënten uitblijven, dan is de vraag of de richtlijn niet effectief is, of dat de richtlijn niet is geïmplementeerd (Fleuren e.a. 2004, 2006). Vaak wordt ten onrechte geconcludeerd dat een richtlijn niet effectief is, terwijl het probleem is dat de kernelementen niet zijn opgevolgd.

De Beroepsmonitor Fysiotherapie is een mogelijkheid om het gebruik van de richtlijnen te meten. Het is aan te bevelen om dit op een nauwkeurigere manier te doen dan tot nu toe het geval was. Aan gebruik zijn verschillende dimensies te onderscheiden. Te denken valt aan het niveau van gebruik (geen / volledig / aangepast gebruik), de omvang van het gebruik (aantal onderdelen), de frequentie van gebruik (aantal keren gebruik vernieuwing), de intensiteit van het gebruik (aantal personen dat vernieuwing gebruikt) en de duur van het gebruik (Fleuren e.a. 2004, 2006). Om een zo nauwkeurig mogelijk beeld te krijgen is het belangrijk om per kernelement uit een richtlijn na te vragen in hoeverre dit kernelement wordt gebruikt. Daarnaast is het aan te bevelen om voor een combinatie van dimensies te kiezen omdat dit een vollediger beeld van het gebruik zal geven.

Op termijn zou ook onderzoek naar het gebruik van de richtlijnen door de jaren heen (continuering) moeten plaatsvinden. Dit onderzoek is nodig om gericht te kunnen interveniëren mocht het gebruik van een richtlijn in de loop der jaren afnemen.

Hoewel het elektronisch patiëntdossier zich leent voor onderzoeksdoeleinden zal het dossier niet geschikt zijn om het gebruik van *alle* kernelementen te meten. Zaken als voorlichting of gespreksvoering kunnen in de regel niet via een elektronisch dossier worden nagegaan. Hooguit kan worden nagegaan óf er voorlichting is gegeven, maar niet of de manier waarop dit is gebeurd conform de richtlijn is. Daarnaast geeft het elektronisch patiëntdossier geen antwoord op de vraag wat de redenen zijn van het wel / niet gebruik van de richtlijnen. Dit laatste soort onderzoek is nodig om de richtlijnen te kunnen updaten en hernieuwde invoerstrategieën te kunnen inzetten.

7.4.9 *Beleid en strategie*

Voor een daadwerkelijk gebruik van de richtlijnen is het noodzakelijk dat de ontwikkeling en implementatie (inclusief scholing en ondersteunende materialen) aan elkaar gekoppeld zijn, dat wil zeggen dat bij de ontwikkeling al budget beschikbaar is voor de implementatie. Het onderhavige onderzoek, maar ook ander onderzoek, laat zien dat zonder gerichte invoeractiviteiten het gebruik van de richtlijnen gering is. Het

KNGF dient zich te realiseren dat daarmee ook de doelen die ten grondslag liggen aan de richtlijnontwikkeling niet of slechts deels gerealiseerd kunnen worden. Het is aan het KNGF om de huidige keuze, om vooral in te zetten op ontwikkeling, al dan niet te heroverwegen.

Ook andere beroepsgroepen hebben de afgelopen jaren te maken gehad met stopzetting van subsidie door VWS voor de richtlijnontwikkeling en -invoering. Dit heeft in grote mate het tempo bepaald waarin activiteiten uitgevoerd kunnen worden. Het beleid van andere beroepsgroepen en de daaraan ten grondslag liggende motieven, zouden het KNGF behulpzaam kunnen zijn bij het maken van een keuze. Het advies van het NHG, de organisatie met veel ervaring wat betreft de ontwikkeling en invoering van standaarden, is om geen standaard/richtlijn te ontwikkelen als er (nog) geen geld is voor de implementatie (Fleuren & De Jong 2006).

Er dient een duidelijk vastgelegd beleid te komen ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van de KNGF-richtlijnen. Hierbij is afstemming tussen KNGF, VWS, zorgverzekeraars, ZonMw, opleidings- en nascholingsinstituten en andere beroepsgroepen (bij multidisciplinaire richtlijnen) noodzakelijk. Het is wenselijk dat het KNGF dit beleid communiceert naar de regiokantoren en de fysiotherapeuten, zodat zij weten wat het KNGF van hen verwacht en vice versa wat zij van het KNGF kunnen verwachten. Ook als de huidige keuze om alleen richtlijnen te ontwikkelen gehandhaafd blijft, is het wenselijk dit naar de diverse geledingen in het veld te communiceren met een motivering daarbij.

Het is wenselijk de richtlijnen gedoseerd aan te bieden omdat fysiotherapeuten vinden dat er te veel richtlijnen in te korte tijd aangeboden worden. Een overweging zou kunnen zijn dat het KNGF geen nieuwe richtlijnen meer ontwikkelt, maar juist energie steekt in de invoering van bestaande richtlijnen.

Grofweg hebben richtlijnen twee functies: enerzijds zijn ze educatief (bijblijven van kennis en vaardigheden) en anderzijds kunnen ze dienen als referentiekader (instrument voor interne en externe controle). Hoewel de richtlijnen door het KNGF vooral zijn bedoeld als educatief en ondersteunend en deze functie ook als zodanig wordt onderschreven door de fysiotherapeuten, blijken ze in de praktijk door zorgverzekeraars toch als middel voor externe controle te worden gebruikt. Het is wenselijk dat het KNGF haar positie hierin duidelijk maakt naar de fysiotherapeuten en dit punt oppakt met de zorgverzekeraars. Dit zal naar verwachting zeker bijdragen aan het wegwerken van het slechte imago dat het KNGF nu heeft bij een deel van de fysiotherapeuten. De start die het KNGF heeft gemaakt met het zelf ontwikkelen van prestatie-indicatoren, past hierbij.

Het verdient aanbeveling een methodiek te schrijven voor de invoering van de richtlijnen. De resultaten van het onderhavige rapport kunnen daarbij als basis dienen.

7.4.10 *Infrastructuur*

Bij de medewerkers van de regiokantoren leven verschillende ideeën over de rol die de regiokantoren in de huidige afgeslankte vorm zouden kunnen spelen bij de invoering van de richtlijnen. Het is wenselijk dat het KNGF-hoofdkantoor en de regiomedewerkers bespreken welke invoerstrategieën georganiseerd kunnen worden. Het is van belang om aan te sluiten bij de bestaande regionale situatie en geen nieuwe structuren te creëren waar dit niet nodig is.

7.4.11 *Financiering*

Een basisvoorwaarde voor de uitvoering van het leeuwendeel van de aanbevelingen is dat er financiering beschikbaar is voor de ontwikkeling, invoering en evaluatie van de richtlijnen. Het is wenselijk dat de huidige budgetten voor de invoering en evaluatie van de richtlijnen worden verhoogd. Zoals het KNGF zelf aangeeft is één van de opties om via het ZonMw-programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen. De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen sluit aan bij de behoefte van een deel van de fysiotherapeuten. De overgebleven KNGF-middelen zouden dan voor de invoering van de richtlijnen aangewend kunnen worden. Een andere optie is om, in navolging van het NHG, met instemming van de leden de contributiegelden te verhogen zodat ook invoeractiviteiten gefinancierd kunnen worden. Verder zou het KNGF de mogelijkheid moeten onderzoeken om met de zorgverzekeraars afspraken te maken over tariefsverhoging waarbij de verhoging gereserveerd is voor het kwaliteitsbeleid.

Het is aan te bevelen dat het KNGF met de zorgverzekeraars de mogelijkheid bespreekt van het financieel belonen van die fysiotherapeuten/praktijken die volgens de richtlijnen werken, op basis van de door het KNGF ontwikkelde indicatoren. Een financiële vergoeding van extra inspanningen die verricht moeten worden, is in algemene zin bevorderend voor het gebruik van vernieuwingen (Fleuren e.a. 2004).

8 Literatuur

ADAMS AS, SOUMERAI SB, LOMAS J, ROSS-DEGNAND D. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999;11:187-192.

ASSEMA P van, Mesters I, Kok G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. *TSG* 1992;7:431-7.

BARTHOLOMEW KL, PARCEL GS, KOK G, GOTTLIEB NH. *Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs*. New York: McGraw-Hill Companies, 2001.

BEKKERING GE, VOGELS EMHM, HENDRIKS HJM. Evaluatie van KNGF-richtlijnen: kwaliteit, doeltreffendheid en knelpunten voor implementatie. In: *Jaarboek fysiotherapie kinesitherapie 2000 / onder red. van G. Aufdemkampe, J.B. den Dekker, I. van Ham*. p. 243-265.

BEKKERING GE, HENDRIKS HJM, VAN TULDER MW, et al. Effectiviteit van een actieve implementatiestrategie van de KNGF-richtlijn 'Lage-rugpijn'. *Ned Tijdschr Fysiother* 2005;115(3):62-7.

CAMPBELL SM, BRASPENNING J, HUTCHINSON A, MARSHALL MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*. 2003 Apr 12;326(7393):816-9.

CAMPBELL SM, BRASPENNING J, HUTCHINSON A, MARSHALL M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002 Dec;11(4):358-64.

CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*. Utrecht: CBO, 2005.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGWM. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 2004;16:107-23.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *TSG* 2006;84:160-7.

FLEUREN MAH, VERLAAN ML, VAN VELZEN-MOL HWM, Van Dommelen P. Zicht op het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Een landelijk implementatieproject. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

FLEUREN MAH, DE JONG ORW. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

FLEUREN MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 2007;39(4)63-7.

FLEUREN MAH, VAN DOMMELEN P, KAMPHUIS M, VAN VELZEN-MOL HWM. Landelijke implementatie JGZ-standaard Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.

GRIMSHAW JM, THOMAS RE, MACLENNAN G, et. al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6):1-72.

GROL R, GRIMSHAW J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.

GROL RPTM, WENSING MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.

HENDRIKS HJM, VAN ETTEKOVEN H, REITSMA ER, VERHOEVEN ALJ, WEES VAN DER PHJ. Methode voor centrale richtlijnontwikkeling en implementatie in de fysiotherapie. Amersfoort/Utrecht: KNGF/NPi/CBO, 1998.

HENDRIKS HJM, REITSMA E, ETTEKOVEN VAN H. Centrale Richtlijnen in de Fysiotherapie. Introductie van het CR-project. *Nederlands Tijdschr Fysiotherapie* 1996; 106(1):2-11.

HENDRIKS HJM, ETTEKOVEN VAN H, REITSMA E, WEES VAN DER PHJ. Eindverslag van het project Centrale Richtlijnen (CR) in de Fysiotherapie. Deel I: achtergronden en evaluatie van het project. Amersfoort/Utrecht: KNGF/CBO/NPi, 1998.

HOFHUIS EH. 'Feiten en cijfers over fysiotherapie': KNGF-richtlijnen: bekendheid en gebruik in 2003. *Ned Tijdschr Fysiother* 2005;115(3):82.

HOFHUIS H. 'Feiten en cijfers over fysiotherapie': Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie: deelname en waardering in 2003. *Ned Tijdschr Fysiother* 2004;114(6):178.

JANSEN MJ, HENDRIKS HJM, DE BIE RA, et al. Handelen volgens de KNGF-richtlijn 'Artrrose heup-knie': een prospectieve cohortstudie. *Ned Tijdschr Fysiother* 2005;115(3):68-73.

MILLER GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65(9):S63-7.

NHS Revalidatiecommissie, Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Nederlandse Hartstichting en Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, Den Haag 2004.

PAULUSSEN TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.

PLAS M, HOFHUIS H, DORGELO M, et al. Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: evaluatie richtlijnen, standaarden en protocollen. Utrecht: NIVEL, 2001.

ROGERS EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 2003.

RUTTEN G, RUTTEN S. Op één lijn met richtlijnen? Een implementatieanalyse in de fysiotherapie. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004.

SAAN H, HAES W DE. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden: NIZW, 2005.

SCHENKEVELD CJM. Feiten en cijfers over fysiotherapie: bekendheid, gebruik en toepasbaarheid van richtlijnen volgens de Beroepsmonitor Fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiother 2004;114(3):95.

VAN DER WEES PJ, HENDRIKS HJM, JANSEN MJ, et al. Het gebruik van de KNGF-richtlijn 'Acuut Enkelletsel' in de praktijk. Ned Tijdschr Fysiother 2005;115(3):74-9.

VAN DER WEES PHJ, HENDRIKS HJM, HELDOORN M, CUSTERS JWH, DE BIE RA. Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF-richtlijnen. Amersfoort/Maastricht: KNGF, 2007.

WENSING M. Implementatie van richtlijnen is professionalisering. Ned Tijdschr Fysiother 2005;115(3):54-5.

A Interviewvragen fysiotherapeuten

Mening over inhoud richtlijnen

1. Onderschrijft u het nut en de noodzaak van de KNGF-richtlijnen? Wat zijn in het algemeen de voordelen van de richtlijnen voor u?
2. Heeft u het idee dat de richtlijnen u ondersteunen bij het uitvoeren van uw werkzaamheden als fysiotherapeut?
3. Bent u het over het algemeen eens met de voorgestelde werkwijze in de richtlijnen?
4. Zijn de richtlijnen concreet genoeg om er mee te kunnen werken?
5. Sluiten de richtlijnen voldoende aan bij de praktijk?
6. Zijn de uitzonderingen voldoende uitgewerkt en duidelijk?
7. Handelt u volgens de voorgestelde werkwijze in de richtlijnen?
8. Welke problemen komt u tegen bij het werken met de richtlijnen? Zijn er nadelige gevolgen door met de richtlijnen te werken?
9. Heeft u problemen gehad met patiënten die het niet eens zijn met het beleid zoals beschreven in de richtlijnen? Welke oplossingen zijn denkbaar?
10. Sluiten de richtlijnen aan bij de verwachtingen of richtlijnen van de verwijzers?
11. Is er door de richtlijnen iets veranderd in uw eigen handelen, in uw praktijk of in uw omgeving?

Mening over de invoering van de richtlijnen

1. Wat heeft u in de dagelijkse praktijk gemerkt van de verschillende activiteiten van het KNGF ter bevordering van de implementatie van de richtlijnen?
2. Wat vindt u van de huidige opzet van de landelijke en regionale implementatie?
3. Verloopt het werken met de KNGF-richtlijnen voor u naar tevredenheid? Welke knelpunten ervaart u?
4. Welke aanbevelingen hebt u om de implementatie van de richtlijnen te versterken?
5. Welke ondersteuning krijgt u vanuit het hoofdkantoor of regiokantoor van het KNGF? Welke suggesties voor verbetering heeft u?
6. Welke ondersteuning krijgt u vanuit het IOF? Welke suggesties voor verbetering heeft u?
7. Moet het werken met de KNGF-richtlijnen verplicht zijn? Moet nascholing over de richtlijnen verplicht zijn?

B Interviewvragen opleidings- en nascholingsinstituten

1. Maken de KNGF-richtlijnen onderdeel uit van de opleiding? Op welke wijze komen de richtlijnen aan de orde?
2. Welke knelpunten komt u tegen in het onderwijs over de richtlijnen? Welke suggesties voor verbetering heeft u?
3. Onderschrijft u het nut en de noodzaak van de KNGF-richtlijnen?
4. Heeft u het idee dat de richtlijnen fysiotherapeuten ondersteunen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden?
5. Bent u het over het algemeen eens met de voorgestelde werkwijze in de richtlijnen? Zo nee, waarom niet?
6. Sluiten de richtlijnen voldoende aan bij de praktijk?
7. Welke rol ziet u voor uw opleiding weggelegd bij de implementatie van de richtlijnen?
8. Wat zijn naar uw idee de belangrijkste basisvoorwaarden voor succesvolle implementatie van de richtlijnen?

C Interviewvragen medewerkers KNGF

KNGF-Regiokantoren

1. Welke taken hebben de KNGF-regiokantoren volgens u ten aanzien van de implementatie van de KNGF-richtlijnen?
2. Welke activiteiten vinden plaats vanuit uw regiokantoor om het gebruik van de richtlijnen in uw regio te stimuleren? Welke activiteiten vinden niet plaats die u wel graag vanuit het regiokantoor zou willen uitvoeren?
3. Welke knelpunten komt u tegen bij de implementatie van de richtlijnen? Welke oplossingen ziet u hiervoor?
4. Heeft u het idee dat de richtlijnen fysiotherapeuten ondersteunen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden? Waarom wel/niet?
5. Welke knelpunten ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen hoort u van fysiotherapeuten in uw regio?
6. Welke rol ziet u voor de regiokantoren en de IOFs bij het implementeren van de richtlijnen?
7. Wat zijn naar uw idee de belangrijkste basisvoorwaarden voor succesvolle implementatie van de richtlijnen?

KNGF-hoofdkantoor

1. Heeft het KNGF een omschreven/vastgelegde visie op de implementatie van de KNGF-richtlijnen? Zo ja, wat is deze visie/werkwijze? Berust deze op een (praktijk)theoretisch kader? Wat is voor het KNGF de doelstelling van de richtlijnen?
2. Is er een landelijke en/of regionale infrastructuur voor de invoering? Hoe gaat de invoering in z'n werk? Hoe is de verdeling van taken/verantwoordelijkheden bij de invoering? Hoe functioneert de infrastructuur voor de invoering?
3. Welke strategieën/methoden worden toegepast voor de verspreiding, adoptie, implementatie en institutionalisatie/borging? Zijn/worden de toegepaste strategieën/methoden onderzocht op hun effectiviteit?
4. Zijn het soort en de inhoud van de implementatiestrategieën gebaseerd op een determinantenanalyse?
5. Monitort en evalueert u systematisch het gebruik van de richtlijnen? Wat gebeurt met de resultaten?
6. Maken de richtlijnen deel uit van kwaliteitssystemen/ (her)registratie/ certificering? Is het gebruik van de richtlijnen verplicht? Wie ziet toe op het gebruik en zijn er 'sancties' op het niet-gebruik? Zijn er prestatie-indicatoren ontwikkeld per richtlijn?
7. Hoe vindt u dat de implementatie van de richtlijnen op dit moment verloopt? (landelijk, regionaal).
8. Wat zijn naar uw waarneming de belangrijkste knelpunten bij de verspreiding, adoptie, het daadwerkelijk gebruik door de doelgroep en bij de continuering/institutionalisatie van de richtlijnen?
9. Hoe probeert u deze knelpunten op te lossen? Wat zijn de resultaten daarvan?
10. Hoe wordt de ontwikkeling en implementatie gefinancierd? Welke problemen zijn er?
11. Hoe kijken andere beroepsgroepen (huisartsen, specialisten, bedrijfsartsen) aan tegen de KNGF-richtlijnen?
12. Wat zijn –samenvattend- naar uw inzicht belangrijke basisvoorwaarden voor succesvolle implementatie en borging van KNGF-richtlijnen?

D Overzicht van NPi-cursussen waar de KNGF-richtlijnen onderdeel van uitmaken

- COPD in de cursus 'COPD en astma'
- Stress-urine-incontinentie in de basiscursus 'Functiestoornissen van de bekkenbodem in breed perspectief'
- Artrose heup-knie in de cursus 'Reumatische aandoeningen' en de vervolgmodule 'Artrose' van de beweegprogramma's
- Lage-rugpijn in de cursus 'Aspecifieke lage rugklachten' en de nieuwe cursus 'Lumbosacrale patronen'
- Osteoporose in de cursus 'Osteoporose'
- Whiplash in de cursus 'Whiplash'
- Hartrevalidatie in de cursus 'Hartrevalidatie'
- Claudicatio Intermittens in de cursus 'Perifeer vaatlijden'
- Manuele therapie bij Lage-rugpijn in de verplichte module 'Richtlijn Manuele Therapie bij Lage-rugpijn'
- Ziekte van Parkinson in de cursus 'Het praktisch gebruik van meetinstrumenten bij de ziekte van Parkinson'
- Beroerte: in de nieuwe opleiding 'Motorische revalidatie/CVA'
- Enkkelletsel in de vernieuwde cursus 'Acute en chronische enkkelletsels'
- Mensectomie in de cursus 'Knierrevalidatie'
- Ontwerprichtlijn Postoperatief Lumbosacraal Syndroom in de cursus 'Specifieke lage rugklachten'.