

Introductie

NVAB-RICHTLIJNEN



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Introductie

NVAB-RICHTLIJNEN

dr C.T.J. Hulshof, Coördinator Richtlijnen
Kwaliteitsbureau NVAB



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Colofon

© NVAB 2009

Uitgave

NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2845750

E kwaliteitsbureau@nvab-online.nl

W www.nvab-online.nl

Coördinator Richtlijnen

dr C.T.J. Hulshof, Kwaliteitsbureau NVAB

Ontwerp en opmaak

CO3

Druk

Drukkerij Kwak & Van Daalen & Ronday

INHOUDSOPGAVE

1	Waarom deze introductie?	4
2	Wat is een evidence-based richtlijn?	4
3	Waarom zijn er richtlijnen?	5
4	Wat is de juridische status van een richtlijn?	6
5	Mag van je van een richtlijn afwijken?	6
6	Hoe verhouden richtlijnen zich tot andere professionele documenten?	7
7	Hoe ziet het richtlijnontwikkelingsproces er uit?	8
8	Welke NVAB-richtlijnen zijn er?	10
9	Speelt arbeid een rol in multidisciplinaire richtlijnen?	11
10	In welke multidisciplinaire richtlijnen is de NVAB vertegenwoordigd?	12
11	Wat kunnen bedrijfsartsen en arbodiensten doen om te zorgen dat in de praktijk met richtlijnen gewerkt wordt?	13
12	Wat doe je als er geen NVAB-richtlijn over het onderwerp bestaat?	15
13	Nog vragen?	16

1 WAAROM DEZE INTRODUCTIE?

De NVAB publiceerde in 1999 haar eerste evidence-based richtlijn *‘Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten’*. Het werd de start van een reeks richtlijnen die tot doel hebben de bedrijfsarts in het werk te ondersteunen. Dat deze aanpak vruchten heeft afgeworpen blijkt eigenlijk al uit het feit dat nu, na amper tien jaar, NVAB-richtlijnen eigenlijk al niet meer weg te denken zijn uit de dagelijkse praktijk. Uit onderzoek blijkt dat veel bedrijfsartsen redelijk tot goed op de hoogte zijn van de inhoud van de meeste NVAB-richtlijnen al varieert de toepassing ervan per richtlijn. Vooral de richtlijnen over rugklachten en psychische problemen hebben in de beroepsgroep veel weerklank gevonden en ze zijn beide ook inmiddels herzien. Dit laatste hoort ook zo. Richtlijnen worden niet voor de eeuwigheid opgesteld maar moeten geregeld worden getoetst en aangepast op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten of op grond van andere overwegingen. De ontwikkeling en implementatie van evidence-based richtlijnen blijft de komende jaren in het kwaliteitsbeleid van de NVAB een belangrijke rol innemen. Daarbij gaat het niet alleen om (monodisciplinaire) richtlijnen voor bedrijfsartsen maar in toenemende mate ook om betrokkenheid van onze beroepsgroep bij multidisciplinaire richtlijnen. Werk en werkomstandigheden zijn belangrijke determinanten van gezondheid. Daarom wordt in multidisciplinaire richtlijnen steeds meer aandacht besteed aan werkgerelateerde aspecten van gezondheid. Dit is een verheugende ontwikkeling waar de NVAB zeer actief bij betrokken is. Hiermee snijdt het mes aan twee kanten: door gezamenlijke richtlijnontwikkeling kan de vaak ervaren kloof tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere gezondheidszorg verkleind worden en de uitwerking van de werkgerelateerde aspecten van een multidisciplinaire richtlijn kan weer de aanzet vormen tot een richtlijn specifiek voor bedrijfsartsen.

Veel mensen kennen weliswaar de richtlijnen maar vragen zich wellicht af: wat is eigenlijk een richtlijn? Waarom worden ze opgesteld? Hoe worden ze door de NVAB ontwikkeld? Wat gebeurt er als ik me er niet aan houd? Op deze en nog enkele andere vragen hoopt de NVAB in deze brochure een kort antwoord te geven. Indien u na lezing nog aanvullende vragen heeft kunt u contact opnemen met het Kwaliteitsbureau NVAB.

2 WAT IS EEN EVIDENCE-BASED RICHTLIJN?

Een evidence-based richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door professionals in de zorg en door patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen.¹

Uit deze definitie wordt duidelijk dat het niet alleen om het toepassen van wetenschappelijke kennis gaat. Ook ervaringskennis en andere overwegingen spelen een rol om tot een uiteindelijke richtlijntekst te komen. Het is een systematisch ontwikkelproces met een formele autorisatieprocedure binnen de beroepsvereniging(en).

De aanbevelingen in de evidence-based NVAB-richtlijnen zijn gebaseerd op:

- het best beschikbare wetenschappelijk bewijs (evidence-based)
- praktijkervaringen en meningen van deskundigen
- ethische overwegingen
- overige overwegingen zoals kosten, andere effecten, patiëntenperspectief, organisatorische en juridische aspecten

De aanbevelingen komen op basis van consensus in de ontwikkelgroep tot stand.

Richtlijnen onderscheiden zich van protocollen. Richtlijnen geven in meer algemene zin en voorzien van wetenschappelijke onderbouwing aan *wat* er in een gegeven situatie het beste gedaan kan worden terwijl in protocollen vooral staat *hoe* en soms door *wie* gehandeld dient te worden. Een protocol kan afgeleid worden van een richtlijn. Terwijl protocollen in het algemeen weinig handelsonvrijheid bieden kan – of moet soms zelfs – van een richtlijn gemotiveerd afgeweken worden indien de praktische situatie daarom vraagt.

¹ Van Everdingen e.a. (red.) 'Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk' Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004

3 WAAROM ZIJN ER RICHTLIJNEN?

Richtlijnen zijn primair bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Zij worden vooral geschreven om:

- de snel groeiende informatiestroom hanteerbaar te maken
- de onnodige en vaak ongewenste variatie in handelen tussen zorgverleners te verminderen
- het klinisch handelen meer te baseren op wetenschappelijk bewijs dan alleen op ervaring en meningen
- transparanter te werken.

Een richtlijn is niet in alle gevallen het meest doeltreffende en/of doelmatige middel om tot kwaliteitsverbetering van het professioneel handelen te komen. Richtlijnen zijn vooral nuttig als er een grote variatie in handelen in de dagelijkse praktijk bestaat, als er nieuwe evidence voor een bepaalde aanpak is (of al bestaande evidence die echter niet toegepast wordt) of als het gaat om ziekten of risico's met zulke grote gevolgen of kosten dat zelfs een kleine verandering in het handelen een grote impact heeft. Aan het opstellen van een richtlijn hoort daarom een goede knelpuntanalyse vooraf te gaan. Wat is eigenlijk het probleem waarvoor deze richtlijn een oplossing moet bieden? Deze knelpunten kunnen dan vertaald worden in uitgangsvragen voor de richtlijn.

4 WAT IS DE JURIDISCHE STATUS VAN EEN RICHTLIJN?

Een richtlijn is juridisch gezien geen wettelijk voorschrift. Toch is het ontegenzeggelijk zo dat richtlijnen ook normatieve uitspraken bevatten en alleen al daardoor ook een juridische betekenis kunnen hebben. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) wordt ervan uitgegaan dat een beroepsbeoefenaar handelt volgens de relevante en actuele (medisch-)professionele standaard: normen bepaald door en voor de beroepsgroep, normen ontleend aan de rechten van de patiënt en maatschappelijke normen. Als richtlijnen door en binnen de beroepsgroep zijn opgesteld, normeren zij het medisch-professioneel handelen en zijn zij een uitwerking van die medisch-professionele standaard. Zij zijn dus enerzijds richtsnoer voor het professioneel handelen maar kunnen ook achteraf dienen voor verantwoording en beoordeling van dat handelen. Toetsing aan de hand van richtlijnen vindt ook regelmatig door anderen plaats: zorgverzekeraars, klachtencommissies, de civiele of tucht-rechter. Dat is niet erg. In de huidige maatschappelijke context brengt de professionaliteit van artsen met zich mee dat van hen verwacht wordt dat ze handelen volgens de laatste wetenschappelijke inzichten en professionele standaard. Toch is voor vrees voor veroordeling

op basis van alleen het niet gevolgd hebben van richtlijnen of voor beperking van de professionele autonomie door richtlijnen in de praktijk vaak weinig reden (zie ook de volgende paragraaf). Een richtlijn geeft altijd ruimte voor individuele variatie. Andersom kan een richtlijn juist een steun in de rug zijn als men de aanbevelingen ervan heeft gevolgd en desondanks toch met een klacht of tuchtzaak geconfronteerd wordt.

5 MAG JE VAN EEN RICHTLIJN AFWIJKEN?

In het kader van de bovengenoemde ‘professionele standaard’ wordt een beroepsbeoefenaar geacht in beginsel een richtlijn te volgen. Toch kan – en in sommige gevallen zelfs móet – er van de richtlijn afgeweken worden. Als bijvoorbeeld een patiënt of cliënt zich, ook na daarover op een goede manier geïnformeerd te zijn, absoluut niet kan verenigen met de in de richtlijn aanbevolen handelwijze zullen andere opties overwogen moeten worden. Immers, evidence-based handelen in de praktijk betekent het met behoud van de eigen professionele expertise gebruik maken van het beste beschikbare bewijs terwijl er ook rekening gehouden wordt met de mogelijkheden in de praktijk en de wensen en voorkeuren van de patiënt/werknemer. Uiteraard speelt hierbij ook de mate van (wetenschappelijke) onderbouwing hierbij een rol: hoe sterker de mate van bewijs voor een aanbeveling hoe minder vrijheidsgraden voor de professional. Kortom: afwijken van richtlijnen kan, mag en moet soms maar het is noodzakelijk om dat te motiveren en te documenteren door middel van het aangeven van de medische, sociale, ethische of andere argumenten hiervoor.

6 HOE VERHOUDEN RICHTLIJNEN ZICH TOT ANDERE PROFESSIONELE DOCUMENTEN?

Behalve de evidence-based NVAB-richtlijnen hebben bedrijfsartsen in de praktijk ook nog te maken met andere documenten ter ondersteuning van het professioneel handelen. Wat zijn de kenmerken daarvan en waarin verschillen zij van richtlijnen?

Arbokennisdossier: een document dat voor arboprofessionals en geïnteresseerden systematische informatie over een arbo-onderwerp ontsluit, gelardeerd met vele links naar achterliggende hoogwaardige informatie. De informatie is niet evidence-based maar wel gebaseerd op de literatuur.

Convenant: afspraak met een andere beroepsvereniging over een aspect van de samenwerking bijvoorbeeld met huisartsen, verzekeringsartsen of andere arbo-disciplines.

NVAB-Leidraad: een procesdocument dat minder gericht is op de inhoud maar vooral omschrijft *hoe* bepaalde zaken kunnen worden uitgevoerd, doorgaans in de vorm van een stappenplan. Voorbeelden: Preventief medisch onderzoek; Aanstellingskeuringen; Verplichte medische keuringen, Verwijzen door de bedrijfsarts.

NVAB-Standpunt: publicatie over een omstreden onderwerp, voorbereid door een NVAB-commissie of door het Kwaliteitsbureau en via het bestuur in de ledenvergadering ingebracht. Met instemming van de leden wordt het een verenigingsstandpunt. Voorbeelden: Het transparante spreekuur; Claimbeoordeling; Alcohol- en drugsbeleid.

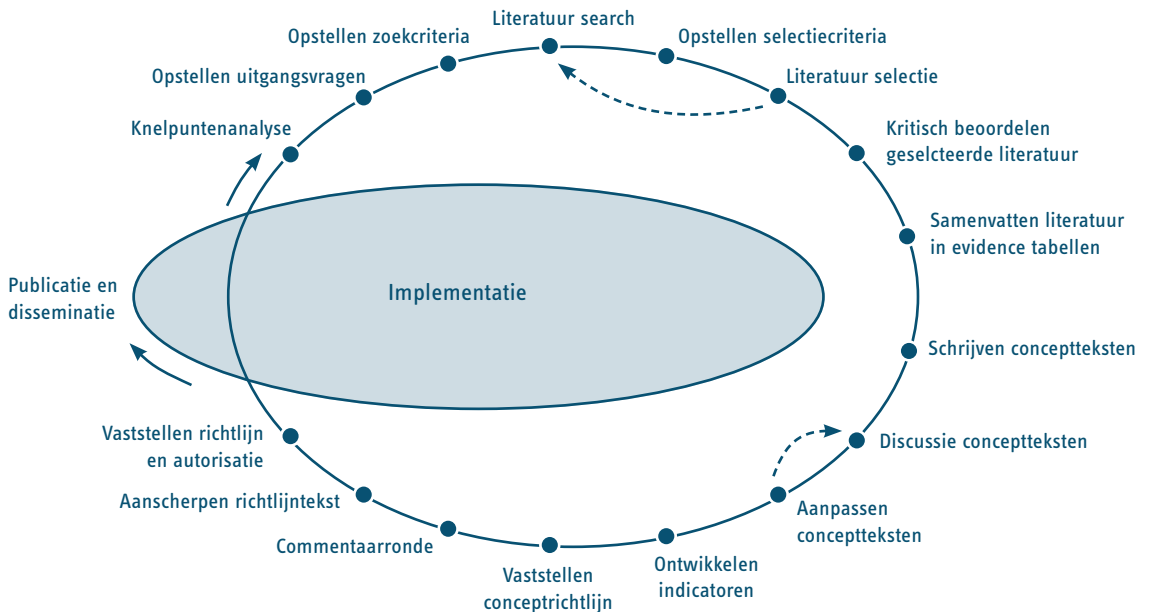
STECR-werkwijzer: een document ontwikkeld door een kenniskring, samengesteld uit arboprofessionals, aangevuld met vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers en verzekeraars. Het onderwerp van een werkwijzer moet arbeidsrelevant zijn, van invloed zijn op de WIA-instroom, beïnvloed kunnen worden door arboprofessionals en problemen opleveren in de praktijk van arboprofessionals. De ontwikkelde producten zijn halffabricaten. Het is aan individuele organisaties om de STECR-producten op maat te maken voor de eigen dienstverlening aan de markt.

Verzekeringsgeneeskundig protocol: handreiking aan de verzekeringsarts voor de claimbeoordeling, enerzijds gebaseerd op evidence-based kennis en expertise die in bestaande professionele richtlijnen van andere beroepsgroepen zijn vervat en anderzijds op de deskundigheid van de commissieleden. Ieder protocol bevat een omschrijving van de aandoening, prognose, diagnosestelling en behandeling gekoppeld aan de beoordeling van functionele mogelijkheden en werkhervatting.

Hoewel er ook overeenkomsten met richtlijnen zijn, is het verschil dat deze documenten niet ontwikkeld zijn volgens de systematiek van de evidence-based richtlijnontwikkeling en ook niet of in mindere mate voldoen aan de kwaliteitseisen voor richtlijnen in de geneeskunde zoals die vastgelegd zijn in AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), een internationaal ontwikkeld en gevalideerd en door WHO en Raad van Europa bekrachtigd kwaliteitsbeoordelingsinstrument. De wetenschappelijke onderbouwing voor goed professioneel handelen is minder gedegen en de verantwoording is minder transparant.

7 HOE ZIET HET RICHTLIJN-ONTWIKKELINGSPROCES ER UIT?

In figuur 1 is duidelijk te zien dat het ontwikkelen van richtlijnen een cyclisch proces is.



Figuur 1. Het proces van richtlijnontwikkeling in het algemeen (CBO 2007)²

Bij het ontwikkelen van NVAB-richtlijnen wordt grotendeels hetzelfde proces gevolgd. Het NVAB-protocol kent vier fasen met in totaal dertien stappen.

² Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Handleiding voor werkgroepleden, november 2007

Fase 1 Voorbereiding

- 1 Keuze van het onderwerp
- 2 Knelpuntanalyse

Fase 2 Start

- 3 Projectleider benoemen en projectplan opstellen
- 4 Projectgroep samenstellen

Fase 3 Ontwikkeling

- 5 Opstellen uitgangsvragen
- 6 Onderzoek (literatuur)
- 7 Ontwerp conceptrichtlijn
- 8 Commentaarfase (experts en praktiserende bedrijfsartsen)
- 9 Praktijktest (praktiserende bedrijfsartsen)

Fase 4 Toepassing

- 10 Autorisatie
- 11 Publicatie en ondersteuning bij implementatie
- 12 Evaluatie
- 13 Actualisering

Specifieke zoekstrategieën

Bij het zoeken naar evidence uit de biomedische literatuur wordt gebruik gemaakt van specifieke op arbeid en gezondheid gerichte zoekstrategieën. Deze zoekstrategieën zijn ontwikkeld en getest door het Coronel Instituut van het AMC en het Cochrane Occupational Health Field.

Praktijktest

Een praktijktest maakt een vast onderdeel uit van het NVAB-ontwikkeltraject. Het doel hiervan is het testen van de praktische uitvoerbaarheid van een richtlijn en het opdoen van de eerste ervaringen met implementatie. De conceptrichtlijn wordt door een groep bedrijfsartsen een tot drie maanden in de praktijk gebruikt. Zij registreren hun bevindingen op registratieformulieren die door Kwaliteitsbureau NVAB worden geanalyseerd aan de hand van performance-indicatoren. Performance-indicatoren zijn meetbare programmatische aspecten van de richtlijn die essentieel worden gevonden door de projectgroep die de conceptrichtlijn heeft opgesteld. Per casus wordt beoordeeld of aan de betreffende performance-indicatoren is voldaan. Hierdoor wordt een beeld verkregen van de 'compliance': of de belangrijke elementen van de richtlijn in de praktijk worden uitgevoerd zoals bedoeld. Als dat voor een of meerdere performance-indicatoren niet het geval is, is dat een belangrijk signaal voor de opstellers. Op dat punt moet de richtlijn dan wellicht worden bijgesteld óf bij er moet bij de verdere implementatie en deskundigheidsbevordering extra aandacht aan dit aspect besteed worden. De richtlijnen worden hierdoor beter en beter uitvoerbaar.

Bij de uitvoering van het richtlijnenbeleid is er naast het Kwaliteitsbureau NVAB ook een belangrijke taak weggelegd voor de Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap (CROW) en de Autorisatiecommissie.

Het NVAB-bestuur voert de uiteindelijke regie over de richtlijnontwikkeling, maar in de praktijk heeft zij deze taak gedelegeerd aan de CROW. Deze commissie stelt vast voor welke onderwerpen richtlijnen worden ontwikkeld, het zogenaamde werkprogramma. De CROW bewaakt het proces van richtlijnontwikkeling: van opdrachtformulering, via projectplan en conceptrichtlijn. Het vaststellen van de bijhorende implementatieplannen is ook in handen van de CROW. In de CROW hebben zitting:

T.F. Senden	<i>voorzitter</i>
W.P. Piebenga	<i>secretaris</i>
Mw R.M. Bakker-Rens	<i>lid</i>
Dr. J. Maas	<i>lid</i>
Dr. T.M. Pal	<i>lid</i>
Mw M.W.C. Sandbrink	<i>lid</i>
Mw Dr. E.P. van Rees	<i>contactpersoon namens NVAB-bestuur</i>
Dr. C.T.J. Hulshof	<i>adviseur (vanuit Kwaliteitsbureau NVAB)</i>

De Autorisatiecommissie draagt zorg voor de autorisatie van de NVAB-richtlijnen en de multidisciplinaire richtlijnen waarvan de NVAB de (mede-)initiatiefnemer is. Dit doet ze door het beoordelen van:

- de wetenschappelijke onderbouwing (mede aan de hand van AGREE)
- de opzet van de conceptrichtlijn (o.a. indeling, consistentie, taalgebruik, toegankelijkheid)
- de implementeerbaarheid; met name praktische toepasbaarheid, noodzakelijke tijdsbesteding voor de uitvoering, vereiste randvoorwaarden (o.a. instrumentarium, regelgeving, logistiek).

Hierbij maakt de Autorisatiecommissie een afweging tussen het in wetenschappelijk opzicht noodzakelijke, het optimale in ideale omstandigheden en het praktisch haalbare in normale omstandigheden. De personele samenstelling van de Autorisatiecommissie is:

Dr. L.A.M. Elders	<i>voorzitter</i>
Mw. M. Lebbink	<i>secretaris (vanuit het Kwaliteitsbureau)</i>
Dr H. Hlobil	<i>lid</i>
Prof.dr. F.J.H. van Dijk	<i>lid</i>
Dr. J. Anema	<i>lid</i>
G.G. Robeer	<i>lid</i>
Mw L. de Roos	<i>lid</i>
Prof. dr. J.J.L. van der Klink	<i>lid</i>
F.L. van Duijn	<i>lid (namens de NVVG)</i>
Dr. C.T.J. Hulshof	<i>adviseur (vanuit Kwaliteitsbureau NVAB)</i>



8 WELKE NVAB-RICHTLIJNEN ZIJN ER?³

Tot nu toe zijn er elf evidence-based richtlijnen voor bedrijfsartsen uitgekomen en een blauwdruk over Kanker en werk, zijn er nog twee lopende richtlijnprojecten en twee projecten in voorbereiding.

Gepubliceerd / geautoriseerd:

- Rugklachten
- Psychische Problemen
- Oogonderzoek bij Beeldschermwerkers
- Indicietelling Sociale Werkvoorziening (ingetrokken)
- Klachten aan arm, schouder en nek
- Astma en COPD
- Contacteczeem
- Preventie Beroepslethorendheid (samen met andere arbobdisciplines)
- Ischemische Hartziekten
- Zwangerschap, postpartumperiode en werk
- Influenza (preventie)
- Blauwdruk Kanker en Werk (multidisciplinair, met evidence-based aanbevelingen voor bedrijfsartsen)

Lopende projecten:

- Preventie van gewichtsstijging (samen met VUmc)
- Influenzapandemie (samen met KIZA)

Projecten in voorbereiding:

- Latexallergie
- Obstructief slaapapnoesyndroom

³ Overzicht per september 2009. Actuele informatie is te vinden op www.nvab-online.nl.

9 SPEELT ARBEID EEN ROL IN MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN?

Jazeker en steeds meer! Sinds 2004 is de NVAB structureel betrokken bij de ontwikkeling van klinische multidisciplinaire richtlijnen. Om in die trajecten op een structurele wijze vorm te kunnen geven aan werkgerelateerde aspecten ontwikkelde de NVAB in 2004 samen met het CBO de eerste versie van de Blauwdruk Arbeid in Richtlijnen. Met behulp van de Blauwdruk werden de volgende vragen tijdens het ontwikkeltraject beantwoord:

- komen werkgerelateerde aandoeningen of arbeidsongeschiktheid als gevolg van deze aandoening voor? (“dokter, kan ik hier mee werken?”)
- zijn werkgerelateerde interventies mogelijk en effectief?
- wat is de rol van de bedrijfsgezondheidszorg?

De eerste Blauwdruk is toegepast in een twintigtal multidisciplinaire richtlijntrajecten. De ervaringen hiermee zijn overwegend positief. In een groot deel van deze multidisciplinaire richtlijnen is een apart hoofdstuk over de werkgerelateerde aspecten van het onderwerp van de richtlijn (doorgaans een ziekte of aandoening) opgenomen. Op basis van deze ervaringen en verdere discussies met andere richtlijnontwikkelingsorganisaties is in 2008 door de NVAB, het Verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI) van de NVVG en het CBO een herziene versie van de Blauwdruk uitgebracht ⁴. Hierin wordt met aan de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ontleende uitgangspunten per fase van de richtlijnontwikkeling uitgewerkt hoe in een multidisciplinaire richtlijn aandacht voor werk en functioneren kan worden opgenomen. Het toepassen van deze vernieuwde Blauwdruk is nu als verplichting opgenomen in het nationale richtlijnenprogramma dat via ZonMw gefinancierd wordt. Daarmee wordt erkend dat werk een grote invloed kan hebben op de gezondheid en dus voor alle betrokkenen in de ketenzorg van belang is. Dit betekent een enorme stimulans voor verbetering van de arbocuratieve samenwerking en het kan de vaak ervaren kloof tussen de reguliere gezondheidszorg en de arbozorg helpen verkleinen.

⁴ *Blauwdruk functioneren en participeren. Leidraad voor het effectief opnemen van ‘participeren en functioneren in werk’ in richtlijnen. Utrecht, VGI, CBO, NVAB: 2008.*

10 IN WELKE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN IS DE NVAB VERTEGENWOORDIGD?⁵

In de volgende multidisciplinaire richtlijnontwikkelingstrajecten zijn of waren bedrijfsartsen als NVAB-vertegenwoordigers actief:

- Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit
- Aangezichtspijn
- Alcoholmisbruik
- Angststoornis
- Behandeling tabaksverslaving
- Cardiovasculair risico management
- Carpale tunnel syndroom
- Complex regionaal pijnsyndroom
- Complaints Arm, Neck, Shoulder
- Constitutioneel eczeem
- COPD
- Chronisch vermoeidheidssyndroom
- Chronische rhinosinusitis
- Cystic fibrosis
- Depressie
- Enkelletsel
- Follow-up na kinderkanker
- Guillain-Barré syndroom
- Hartfalen
- Hernia
- Huiselijk geweld
- Inflammatoire darmaandoeningen
- Lage rugpijn
- Lyme's disease
- Multiple sclerose
- Obesitas
- Obstructief slaapapnoe syndroom
- Oncologische revalidatie
- Osteoporose
- Overspanning/burnout
- Prikaccidenten
- Prikkelbare darmsyndroom
- Problematisch gebruik van drugs
- Psychiatrische en arbeidsgerelateerde aspecten van hartrevalidatie
- Reumatoïde arthritis
- Schizofrenie
- Somatoforme stoornissen
- Subfertiliteit
- Tabaksverslaving
- Varicella
- Vroege interventies na rampen
- Vrouwen met urine-incontinentie
- Whiplash Associated Disorder

⁵ Stand van zaken per september 2009. De actuele informatie is te vinden op www.nvab-online.nl.

11 WAT KUNNEN BEDRIJFSARTSEN EN ARBODIENSTEN DOEN OM TE ZORGEN DAT ER IN DE PRAKTIJK MET RICHTLIJNEN GEWERKT WORDT?

Evidence-based medicine vereist ook evidence-based implementatie! Het opstellen en publiceren van richtlijnen betekent nog niet dat ze in de praktijk ook gebruikt worden. Daar is meer voor nodig. We gaan hier nader in op enkele factoren en activiteiten die implementatie bevorderen:

- structurele voorzieningen
- strategieën en werkvormen
- ondersteunende materialen en werkvormen
- visitatie.

Structurele voorzieningen

Allereerst is een belangrijke voorwaarde voor implementatie dat de arbodienst en de professionals investeren in tijd, kennis en infrastructuur. Binnen de in arbodiensten gehanteerde werkwijzen en protocollen moet structureel ruimte worden gecreëerd voor toepassing van de richtlijnen door bedrijfsartsen. Contracten met opdrachtgevers moeten die ruimte principieel bieden omdat het anders per definitie onmogelijk is een verantwoord product te leveren. Dat staat soms op gespannen voet met concurrerende prijzen en taakstellingen maar is niettemin een voorwaarde voor kwaliteit. Er zijn de NVAB veel frustraties op dit terrein bekend: 'hoe kunnen wij de richtlijnen uitvoeren als het contract dat onmogelijk maakt?'. Bedrijfsartsen moeten in onderling overleg ervoor zorgen dat door de arbodiensten de juiste randvoorwaarden in de contracten worden meegenomen. Dat vergt overleg, overtuiging, afstemming.

Strategieën en werkvormen

Vervolgens moet er kennis zijn over hoe je de medische praktijk kunt veranderen. Het toepassen van nieuwe richtlijnen betekent vooral verandering van bestaande routines of gedrag van professionals. Attitudes, sociale steun en self-efficacy van die professionals zijn hierbij belangrijke determinanten net als kennis, vaardigheden en praktische belemmerende of bevorderende factoren. Bij de implementatie moet hier dus rekening mee worden gehouden. Er zijn diverse implementatiestrategieën mogelijk om te zorgen dat de professionals (bedrijfsartsen in dit geval) ook werkelijk gaan werken volgens de richtlijn.

Vanuit de implementatiewetenschap weten we dat vooral een combinatie van strategieën succesvol zal zijn. Naast het verspreiden van de richtlijntekst gaat het dan bijvoorbeeld ook om opleiding, na- en bijscholing, zorgen voor feedback, intercollegiale toetsing, evaluatie en visitatie.

Het eenmalig op de agenda zetten van een nieuwe richtlijn is niet voldoende om het gedrag van professionals te veranderen. Een planmatige opzet met een in de tijd doorlopend programma met steeds verschillende werkvormen heeft de meeste kans van slagen. Een belangrijk hulpmiddel is het zorgen voor duidelijke prestatie-indicatoren/ijkpunten in het uitvoeren van de richtlijn en deze structureel opnemen in werkprotocollen en in de dossiervorming. Door werkprocessen zo in te richten dat in de verslaglegging wezenlijke stappen in het volgen van de richtlijn moeten worden benoemd zonder welke je eigenlijk niet verder kunt, wordt het kritisch navolgen van de richtlijnen gestimuleerd. Hier ligt een belangrijke taak voor de arbodienstleiding in samenwerking met (vertegenwoordigers van) bedrijfsartsen.

Ondersteunende materialen en werkvormen

Om de implementatie te bevorderen ontwikkelt de NVAB voor elke richtlijn een pakket hulpmiddelen: checklists, kennistoetsen, casuïstiek, werknemers- en werkgeversbrieven, een powerpointpresentatie over de achtergrond en de inhoud van de richtlijn. Deze hulpmiddelen zijn bij de richtlijnen op de NVAB-website te vinden en te downloaden. Ze kunnen meteen in de praktijk gebruikt worden. Daarnaast wordt onderwijskundig materiaal ontwikkeld in overleg met de opleidingen voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Drie tot vier keer per jaar vinden bijeenkomsten plaats van het NVAB Netwerk Richtlijnen BGZ. Hier worden nieuwe richtlijnen in workshopvorm doorgenomen met bedrijfsartsen die in hun arbodienst of werksetting een actieve rol spelen bij de inhoudelijke kwaliteitsverbetering. Het is als het ware een ‘train de trainers’ workshop. Uiteindelijk is het natuurlijk aan de bedrijfsartsen en arbodiensten zelf om volgens de richtlijnen te werken. Hierbij kan ook regelmatige bespreking en toetsing in de ICT-groepen een nuttige rol vervullen.

Visitatie

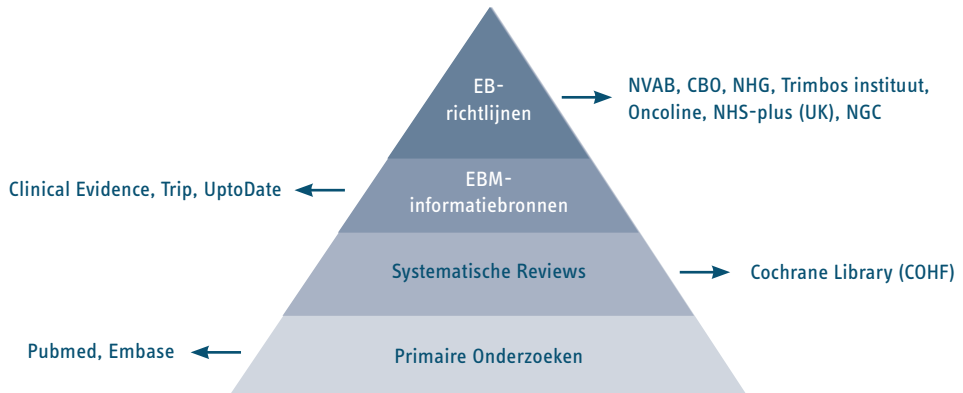
In het visitatiemodel van de NVAB is toetsing van het richtlijngebruik in de praktijk een van de instrumenten voor de beoordeling van de kwaliteit van het handelen. Visitatie stimuleert het gebruik van de richtlijnen omdat de gevisiteerde onderzoek dient te doen naar het toepassen van twee richtlijnen. Daartoe moet hij of zij vijf dossiers van eigen cliënten kritisch onderzoeken met gebruikmaking van een vragenlijst. Conclusies daaruit (van de gevisiteerde zelf, van de groep of van de visitator) komen in het Individueel Verbeter Plan, waardoor de gevisiteerde een opdracht heeft met zwakke punten aan de slag te gaan.

12 WAT DOE JE ALS ER GEEN NVAB-RICHTLIJN OVER HET ONDERWERP BESTAAT?

Een bedrijfsarts die op zoek is naar up to date informatie en advies over een concreet bedrijfs-geneeskundig probleem waarvoor (nog) geen NVAB-richtlijn bestaat kan dat op verschillende manieren doen. Soms weten collega's of andere experts raad maar voor de complexere vraagstukken weten we uit onderzoek dat dit in lang niet alle gevallen tot een betrouwbaar antwoord leidt. Bij het zoeken via Google of algemene websites is het de vraag of de informatie op de website van de aanbieder volledig, evidence-based en betrouwbaar is en bij het direct gaan zoeken naar artikelen in een primaire literatuurdatabase, bijvoorbeeld via PubMed, is er het gevaar dat men een aanzienlijke hoeveelheid artikelen zou moeten lezen en beoordelen. Beter is het te beginnen bij de top van de 'evidence piramide' (figuur 2) en van daaruit naar beneden te werken als er in de top niets gevonden wordt. Hoe hoger de bron in de piramide des te meer evidence er doorgaans over het onderwerp vergaard is en des te minder men hoeft te lezen om de evidence te vinden. Het is met een praktische vraag vanuit de praktijk doorgaans effectiever en efficiënter om daarbij gebruik te maken van informatie die door anderen al op een evidence-based wijze is verzameld en beoordeeld. Bovendien heeft men in het geval van de aanwezigheid van evidence-based richtlijnen over het onderwerp ook al gediscussieerd over de beste wijze waarop de evidence uit de literatuur te vertalen is naar de dagelijkse praktijk. Daarbij zijn de meeste richtlijndatabases ook vrij toegankelijk en de richtlijnen vaak kosteloos te downloaden. In het geval er (nog) geen geschikte richtlijn beschikbaar is, loont het de moeite om te kijken naar EBM-bronnen, bijvoorbeeld Clinical Evidence of de TRIP-database, of naar de aanwezigheid van systematische reviews in de Cochrane Library. Deze laatste database bevat echter vooralsnog alleen reviews over de effectiviteit van interventies en bijvoorbeeld (nog) niet over de kwaliteit van diagnostische testen. Een verheugende ontwikkeling is dat sinds enkele jaren het Cochrane Occupational Health Field bestaat van waaruit systematische reviews op ons vakgebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde worden gestimuleerd en geproduceerd. Als deze bronnen niets hebben opgeleverd kan het zinvol zijn om een gerichte zoekactie in PubMed uit te voeren. Het is dan wel verstandig dit op een juiste en evidence-based methode te doen. Hiervoor zijn onder andere een algemene en gratis te downloaden brochure ⁶ en diverse EBM-cursussen beschikbaar.

⁶ Verbeek J, van Dijk F (ed). *A practical guide for the use of research information to improve the quality of occupational health practice*. Geneva, WHO. *Protecting Workers' Health Series No. 7*. 2006, ISBN 92 4 1594233.

Te downloaden via: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh7/en/index.html.



Figuur 2. De evidence piramide: efficiënt zoeken naar literatuur ⁷

Internetbronnen bij figuur 2	
Voor richtlijnen	www.nvab-online.nl www.nvvg.nl www.cbo.nl http://nhg.artsennet.nl www.trimbos.nl www.oncoline.nl www.nhsplus.nhs.uk www.nice.org.uk www.guideline.gov
Voor EBM-informatie	www.tripdatabase.com http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index.jsp
Voor Systematische reviews (Cochrane)	www.cochrane.org
Voor primaire onderzoeken	www.pubmed.org

⁷ Hulshof CTJ, Verbeek JHAM, Sluiter JK. Evidence-based inhoud van het PMO: de informatiestrategie van bedrijfsartsen. Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneesk 2009;17(2):72-5.

13 NOG VRAGEN?

Voor verdere informatie over de NVAB-richtlijnen kunt u contact opnemen met het Kwaliteitsbureau NVAB of de website raadplegen: www.nvab-online.nl