

Waarom NVAB-richtlijnen niet worden gevolgd

Een kwalitatief onderzoek naar het oordeel van bedrijfsartsen

Nico Plomp, Sarah el Markhous, Marlou Hermsen

SAMENVATTING

Richtlijnen zijn een belangrijk instrument voor kwaliteitsbevordering, maar de naleving ervan in praktijk is allerm minst vanzelfsprekend. Ongeveer de helft van de NVAB-leden geeft aan de richtlijnen in praktijk niet te kunnen uitvoeren. Daarom zijn met 74 bedrijfsartsen, die een goede afspiegeling zijn van de NVAB-leden, focusgroepinterviews afgenomen waarin gevraagd is naar de reden waarom zij de richtlijnen al dan niet kunnen volgen.

De argumenten die genoemd zijn, zijn in de volgende kerncategorieën ondergebracht:

- I Bekendheid met de richtlijnen en een prikkel om deze te gebruiken; in de uitvoeringpraktijk blijkt hiervan vaak geen sprake.
- I Zinvolheid: het biedt een toets voor goed professioneel handelen: vaak wordt toegevoegde waarde niet gezien omdat de richtlijnen te ver af staan van de dagelijkse praktijk.
- I Uitvoerbaarheid in bestaande praktijk: is vaak moeilijk vanwege de grote verschillen in werksetting en organisatorische en financiële beperkingen zoals bij bedrijven die arbozorg volgens het eigen regiemodel hebben georganiseerd.
- I Oordeel over striktheid waarmee richtlijnen moeten worden toegepast, bepaalt of men meent de richtlijnen toe te kunnen passen.

Gezien de veelvormigheid van de uitvoeringspraktijk en de vervlechting met de niet-medische organisatorische omgeving is een ruimere uitleg van richtlijnen gewenst en mogelijk.

Richtlijnen worden beschouwd als een belangrijk instrument voor kwaliteitsontwikkeling. Ze zijn bedoeld als ondersteuning van professionals bij de zorg voor hun patiënten maar ook om de standaarden van goed medisch handelen vast te

leggen en daarmee de transparantie en toetsbaarheid van professioneel handelen te vergroten.¹ Richtlijnen komen tot stand in een formeel vastgelegd ontwikkelingsproces waarbij vertegenwoordigers van wetenschap en praktijk een inbreng hebben uitgaande van wetenschappelijke evidentie, praktijkervaringen en ethische overwegingen.² Internationaal hebben richtlijnen in vrijwel alle sectoren van de gezondheidszorg ingang gevonden. De eerste richtlijn voor de bedrijfsgezondheidszorg verscheen in 1999. Inmiddels is het aantal tot 12 toegenomen en zijn er meerdere in ontwikkeling.

Maar met de opkomst van de richtlijnen blijkt dat de navolging ervan in de praktijk allerm minst vanzelfsprekend is en dat dokters, ook na herhaalde pogingen om een richtlijn te implementeren hun gedrag maar moeilijk veranderen. Dit leidde tot veel onderzoek naar oorzaken van het niet navolgen van richtlijnen. In Nederland verscheen in 2000 een literatuurstudie naar de theorieën en strategieën voor effectieve implementatie;³ in 2009 en 2010 werd het ZonMw-programma 'Kennis van implementatie' uitgevoerd, dat een indrukwekkende reeks van onderzoeksverslagen heeft voortgebracht waarin veel kennis is samengebracht. In 2011 bracht de Regieraad Kwaliteit van Zorg, die in 2009 was opgericht om de grote variëteit aan activiteiten op het gebied van richtlijnen te coördineren, een 'Richtlijn voor richtlijnen' uit.⁴

In een explorerend onderzoek uit 2006 wordt een aantal oorzaken genoemd die de implementatie van de NVAB-richtlijnen in de bedrijfsgezondheidszorg belemmeren: arbodiensten nemen geen standpunt in over het gebruik van richtlijnen, er wordt niet getoetst op de uitvoering, het ontbreekt aan scholing en de vorm van de richtlijn is onvoldoende aangepast aan de praktijk van de gebruiker.⁵ In een ledenraadpleging van de NVAB drie jaar later geeft 38-50% van de respondenten ($n=842$) aan dat de contracten die met bedrijven zijn afgesloten, onvoldoende ruimte bieden om volgens de richtlijnen te werken.⁶ In een door ons uitgevoerd enquêteonderzoek onder NVAB-leden ($n=796$) verklaarde 45% van

Dr. H.N. Plomp is socioloog/epidemioloog en als universitair hoofddocent verbonden aan de afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam.

S. el Markhous en M. Hermsen zijn masterstudenten beleid en management gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: hn.plomp@vumc.nl

**RICHTLIJNEN,
IMPLEMENTATIE,
KWALITEIT ZORG,
VISITATIE, BEDRIJFS-
GEZONDHEIDSZORG**

de bedrijfsartsen dat het navolgen van de NVAB-richtlijnen in de praktijk ondoenlijk is. Hierbij waren er opvallende verschillen per werksetting: van de zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen was 36% het eens met deze uitspraak terwijl dit voor artsen van grote arbodiensten 48% was en voor artsen bij enkelvoudige diensten 46%.⁷ Artsen die van mening zijn dat NVAB-richtlijnen in praktijk niet uitvoerbaar zijn, zijn ook vaker van mening dat 'de beroepsethiek op gespannen voet staat met hun werkomstandigheden' (Pearsons $r: 0,32$) en hebben een lagere arbeidstevredenheid (Pearsons $r: 0,27$). De discrepantie tussen richtlijn en praktijk heeft blijkbaar ook invloed op het welbevinden van de professionals zelf.

Het hier gepresenteerde kwalitatieve onderzoek is een vervolg op het enquêteonderzoek. We wilden achterhalen waarom bijna de helft van bedrijfsartsen in het enquêteonderzoek liet weten dat zij de NVAB-richtlijnen onuitvoerbaar vinden. Aan bedrijfsartsen in verschillende werksettings (grote arbodienst, enkelvoudige dienst van groot bedrijf en zelfstandig gevestigden) is gevraagd waarom NVAB-richtlijnen in de praktijk al dan niet kunnen worden nagekomen. Er is *niet* gevraagd naar ervaringen met specifieke richtlijnen, al werd impliciet of expliciet het meest gerefereerd aan de richtlijn 'Psychische problemen' die nu eenmaal het meest van toepassing is in de praktijk van bedrijfsartsen. Dit onderzoek gaat over de kijk van bedrijfsartsen op het nut en de uitvoerbaarheid van richtlijnen, over hun attitude of gezindheid ten opzichte van het volgen van richtlijnen. Deze *self efficacy* is een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering.^{8,9}

METHODE

Selectie onderzoeksgroep

Voor dit onderzoek zijn negen focusgroepinterviews uitgevoerd met bedrijfsartsen die een vaste ICT (intercollegiale toetsings)groep vormen. De groepen zijn evenals in het enquêteonderzoek gestratificeerd naar werksetting: vijf focusgroepinterviews vonden plaats met artsen uit arbodiensten, twee met zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen en twee met artsen van enkelvoudige diensten (tabel 1). De ICT-groepen meldden zich vrijwillig na een oproep in het NVAB Actueel; alleen voor de werksetting 'arbodiensten' zijn gericht ICT-groepen uit grote arbodiensten benaderd met het verzoek om medewerking aan het onderzoek. De 74 artsen die meededen aan de focusgroepinterviews, hebben tevens een korte schriftelijke vragenlijst ingevuld met vragen naar arbeidstevredenheid en arbeidsbelasting die

SUMMARY

Why the guidelines of the Netherlands Society of Occupational Medicine are not implemented. Qualitative research into the opinions of occupational physicians

Guidelines are an important instrument for quality enhancement, but their observance is in practice everything except self-evident. About half the members of the Netherlands Society of Occupational Medicine (NVAB) indicate that in daily practice they are not able to implement the guidelines. On these grounds, focus group interviews were conducted with a group of 74 occupational physicians, representative for the membership of the NVAB, in order to investigate the reason why they can or cannot implement the guidelines. The arguments mentioned in the interviews were placed in the following core categories:

- I Familiarity with the guidelines and incentives for their use. In practice this appears often not to be the case.
- I Significance. Guidelines offer a touchstone for good professional actions. Often the added value is not appreciated as the guidelines are found to be far removed from daily practice.
- I Practicability in current daily practice. This is often difficult due to the wide variety of work contexts and to organisational and financial limitations such as exist in companies which have organised the occupational health and safety care according to the self-management model.
- I The notion of the strictness with which the guidelines should be applied. This determines the occupational physicians' opinions on the applicability of the guidelines.

With a view to the diversity of the practical execution and the interweaving with the non-medical organisational environment, a less strict interpretation of the guidelines is advisable and feasible.

- I Zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen vinden richtlijnen vaak niet zinvol omdat deze te ver afstaan van de praktijk, terwijl bedrijfsartsen bij grote arbodiensten vinden dat richtlijnen niet uitvoerbaar zijn wegens het ontbreken van de organisatorische en financiële randvoorwaarden binnen hun werksetting.
- I Belangrijkste reden waarom richtlijnen al of niet uitvoerbaar worden gevonden, is het oordeel over de striktheid waarmee de richtlijnen moeten worden toegepast. Bedrijfsartsen denken dat een strikte interpretatie noodzakelijk is vanwege mogelijke juridische consequenties en dat deze wordt voorgestaan door de visitatoren.
- I De ervaren discrepantie tussen de richtlijnen en de praktijk leidt tot een gevoel van tekortschieten en minder plezier in het werk.
- I Gezien de veelvormigheid van de beroepspraktijk en de grote variatie in problematiek, is het gewenst dat richtlijnontwikkeling en -implementatie meer op het uitvoerend niveau en per werksetting plaatsvindt.

Tabel 1

Aantal focusgroepen, deelnemers en citaten per werksetting

	Arbodienst	Enkelvoudig	Zelfstandig	Totaal
Aantal focusgroepen	5	2	2	9
Aantal deelnemers	39	15	20	74
Aantal citaten (uitspraken)	52	20	40	112

ook in het eerdere enquêteonderzoek zijn gesteld. Tabel 2 laat zien dat de verdelingen van 'algemene arbeidstevredenheid' en leeftijd (jaren in beroep) bij het enquêteonderzoek en de focusgroepinterviews overeenkomen. Deelnemers aan de focusgroepinterviews waren het wat vaker eens met de uitspraak dat 'het navolgen van NVAB-richtlijnen in de praktijk ondoenlijk is' (met name de zelfstandig gevestigden in de groep); verder deden wat meer vrouwen en deeltijdwerkers mee bij de focusgroepinterviews.

Gegevensverzameling en -analyse

De focusgroepinterviews zijn afgenomen op de tijdstippen en plaatsen die voor de ICT-groepen gebruikelijk waren. Dat was meestal overdag op de arbodienst zelf en voor zelfstandig gevestigden in de avond op een locatie in hun regio. De vraag naar de uitvoerbaarheid van de NVAB-richtlijnen, maakte deel uit van een omvangrijker onderzoek naar 'satisfiers' en 'dissatisfiers' in het werk. Nadat tijdens het focusgroepinterview de satisfiers en dissatisfiers aan de orde waren geweest, werd de deelnemers een aantal stellingen voorgelegd waaronder de stelling 'Het navolgen van de NVAB-richtlijnen in de praktijk is ondoenlijk'. De stellingen werden via een beamer geprojecteerd en de deelnemers werd gevraagd naar argumenten voor en tegen de stelling. Bij focusgroepinterviews is de interactie tussen de deelnemers essentieel. Zij worden gestimuleerd elkaar vragen te stellen, ervaringen uit te wisselen en te reageren op elkaars uitspraken waardoor, meer dan in individuele interviews, de achtergronden van opvattingen aan de orde komen.¹⁰

De interviews zijn letterlijk getranscribeerd van

een geluidsopname, waarbij de inbreng van iedere afzonderlijke deelnemer geanonimiseerd werd. Voor deze publicatie zijn de reacties op genoemde stelling apart geanalyseerd. Daartoe zijn door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar eerst de relevante tekstfragmenten in het transcript gemarkeerd en gerubriceerd als 'richtlijn wel uitvoerbaar', 'niet uitvoerbaar' of 'overig'. In totaal zijn 112 uitspraken uit de focusgroepen onderscheiden: 22 verwijzen naar argumenten vóór de uitvoerbaarheid van richtlijnen, 77 ertegen en 13 vallen in de rubriek 'overig'. Aan deze uitspraken werden open codes toegekend die vervolgens op basis van inhoudelijke verwantschap zijn ondergebracht in abstracter geformuleerde axiale codes. Zowel bij het open als bij het axiaal coderen vergeleken de onderzoekers hun codering en interpretaties van de tekstfragmenten en overlegden zij bij verschillen, totdat consensus was bereikt. Bij het zoeken naar een hanteerbaar interpretatiekader werden kerncategorieën geformuleerd waarin axiale subcodes werden ondergebracht (zie box). De kerncategorieën staan in de eerste, de axiale codes in de tweede kolom van tabel 3 tot en met 6. Om te kunnen nagaan of de meningen over de uitvoerbaarheid van richtlijnen verschillen per werksetting, zijn uitspraken ook per werksetting onderscheiden.

RESULTATEN

Richtlijnen niet uitvoerbaar

De uitspraken die de stelling ondersteunen dat richtlijnen niet uitvoerbaar zijn, werden in vier algemene kerncategorieën ondergebracht: 'onbekend', 'niet zinvol', 'moeilijk te implementeren binnen bestaande context' en 'strikte toepassing

Tabel 2

Vergelijking deelnemers focusgroep- en enquêteonderzoek

	Arbodienst		Enkelvoudig		Zelfstandig	
	Focusgroep (n=39)	Enquête (n=528)	Focusgroep (n=15)	Enquête (n=72)	Focusgroep (n=20)	Enquête (n=137)
% voltijds werkzaam	37,3	51,2	50,0	70,7	66,7	65,5
% man	52,9	62,3	55,0	77,6	66,7	72,3
Jaren werkzaam in beroep	18,9	20,9	23,1	23,3	23,3	21,2
Algemene arbeidstevredenheid (schaal 1 (zeer slecht)-10 (zeer goed))	6,6	6,7	7,8	7,9	8,4	8,5
Uitvoeren NVAB-richtlijnen is ondoenlijk (schaal 1 (zeer mee oneens)-5 (zeer meer eens))	3,09	3,00	3,05	2,66	3,27	2,67

vereist' zoals weergegeven in tabel 4.

- I *Onbekendheid* met de richtlijnen duidt op een geringe betrokkenheid die het gevolg was van het ontbreken van een noodzaak om een richtlijn te volgen, van prikkels uit de organisatie om je aan een richtlijn te houden of omdat de problemen waarop een richtlijn betrekking heeft zo weinig voorkomen dat er ook geen routine wordt ontwikkeld. Ten slotte kan het zijn dat er geen behoefte gevoeld wordt kennis te nemen van een richtlijn omdat men er geen hoge dunk van heeft ('... zijn weinig dynamisch...').
- I Richtlijnen worden *niet zinvol* gevonden omdat men de meerwaarde ervan niet ziet, maar vooral ook omdat men er in de praktijk niet mee uit de voeten kan. Richtlijnen zijn te gedetailleerd en worden als betuttelend ervaren (tijdstip waarop patiënten moeten worden opgeroepen, met wie overlegd moet worden en hoe geregistreerd moet worden) en als niet passend bij de praktijk die veel gevarieerder is. Men ergert zich aan de pretentie van de opstellers van de richtlijn die het beter (denken te) weten, maar praktijkervaring ontberen. Opvallend is dat deze argumenten vooral worden genoemd door zelfstandig gevestigden en artsen van enkelvoudige diensten en nauwelijks door artsen van grotere arbodiensten.
- I De meest argumenten die genoemd worden voor het niet uitvoerbaar zijn van de NVAB-richtlijnen, hebben te maken met het feit dat richtlijnen *moeilijk te implementeren zijn in de eigen praktijk*. Met name in focusgroepen met bedrijfsartsen uit de grotere arbodiensten wordt dit argument het meest genoemd (zie tabel 3). Allereerst kunnen de organisatorische en financiële randvoorwaarden die nodig zijn voor het uitvoeren van de richtlijnen, ontbreken. Dit is het geval wanneer bedrijven hun arbozorg volgens het 'eigen regiemodel' hebben ingericht, dat sinds de liberalisering van de markt van arbodienstverlening snel aan terrein heeft gewonnen. In dit model voert een bedrijf zijn eigen verzuimbeleid en wordt de bedrijfsarts alleen ingeschakeld, als het bedrijf dit wenst. Vaak is er dan ook een casemanager of verzuimconsulent ingeschakeld die het contact met de verzuimer en de bedrijfsarts onderhoudt. Dit betekent dat het bedrijf bepaalt of en wanneer een zieke werknemer wordt doorgestuurd naar de bedrijfsarts, waardoor hem de regie grotendeels uit handen is genomen. Van financiële beperkingen voor het uitvoe-

ren van richtlijnen is sprake wanneer er voor een consult of doorverwijzing vooraf goedkeuring moet worden verkregen omdat deze apart wordt gedeclareerd ('uurtje factuurtje'). Verder blijken problemen in de praktijk veel gevarieerder te zijn dan in de richtlijn wordt verondersteld en wordt in de richtlijn geen rekening gehouden met de bemoeienis van andere disciplines die zich bezighouden met een probleem, zoals maatschappelijk werkers of arbeidsdeskundigen. Ook de hogere werkbelasting die het goed volgen van de richtlijnen met zich meebrengt, wordt genoemd als obstakel bij het implementeren van richtlijnen.

- I Ten slotte wordt *'strikte toepassing vereist'* genoemd als een reden waarom deelnemers richtlijnen niet kunnen volgen. Zij menen vaak wel 'in de geest' van de richtlijnen te werken, maar hebben tijdens de visitatie ervaren dat hun ruimere interpretatie van richtlijnen niet juist bleek. Ook juridische consequenties die het niet navolgen van richtlijnen zouden kunnen hebben, zijn een reden om te denken dat richtlijnen strikter moeten worden nageleefd dan geïnterviewden zelf doen.

Richtlijnen wel uitvoerbaar

De 22 argumenten die genoemd zijn ter ondersteuning van de bewering dat 'NVAB-richtlijnen wel uitvoerbaar zijn', zijn in tabel 5 ondergebracht in drie kerncategorieën: 'zinvol', 'goed te implementeren binnen bestaande context' en 'selectief toepassen'. Deze zijn het positieve spiegelbeeld van de kerncategorieën van de 'niet uitvoerbaar uitspraken'.

- I Richtlijnen zijn *zinvol* omdat deze een kader bieden waaraan je je professioneel handelen kunt toetsen, ze ondersteuning bieden bij het omgaan met ingewikkelde casuïstiek en ten slotte omdat een richtlijn hulpmiddelen ('ondersteuningsdingetjes') en nuttige aanwijzingen kan bieden voor de dagelijkse praktijkvoering.
- I Richtlijnen zijn *goed te implementeren* wanneer er voldoende tijd is voor extra (administratief) werk en wanneer het contract met het bedrijf ruimte biedt voor extra werk (zoals vervroegd consult of arbocuratief overleg). Verder is een richtlijn gemakkelijker te implementeren wanneer deze niet sterk afwijkt van de bestaande praktijk. Ten slotte helpt het als moeite wordt gedaan een richtlijn in te bouwen in de dagelijkse routine. Als voorbeeld hierbij werd genoemd het inbouwen in het computersysteem dat ook voor spreek-

uurregistratie wordt gebruikt. Binnen een van de arbodiensten was dit het resultaat van een werkgroep die zich bezighield met het de vraag wat een nieuwe richtlijn voor consequenties had voor de bestaande werkwijze. Er was hier dus sprake van een expliciete implementatiestrategie.

- I De meeste uitspraken ten gunste van de uitvoerbaarheid van richtlijnen zijn ondergebracht onder de code 'selectief toepassen'. Het komt erop neer dat men naar eigen inzicht in de geest van de richtlijn handelt, maar dat men hierbij de richtlijn niet altijd en niet volledig toepast. De argumenten hiervoor verschillen duidelijk van de argumenten die pleiten voor een strikte toepassing van richtlijnen.

Overige meningen

In de rubriek 'overig' zijn uitspraken ondergebracht van een algemenere strekking.

- I Allereerst zijn er uitspraken die verwijzen naar *voorwaarden voor de implementatie van richtlijnen*: trainingen die nodig zijn omdat het veranderen van werkrouines geen eenvoudige opgave is; met het oog daarop is het ook van belang dat *intrinsieke en extrinsieke prikkels* worden ingebouwd in de organisatie van het werk.
- I Binnen een tweede set uitspraken wordt de ervaren discrepantie tussen richtlijnen en praktijk geïnterpreteerd als een *belangenconflict tussen klant (bedrijf) en professie*. Wie in dit belangenconflict kiest voor de professie ervaart een ethisch dilemma, een gewetensprobleem omdat er niet conform de richtlijnen van de professie gehandeld kan worden. Een ander kiest duidelijk voor het klantenbelang en vindt dat dat belang te weinig tot zijn recht komt in de richtlijnen. Een derde laat zich niet in het dilemma vangen en zal in voorkomende gevallen een oplossing zoeken door bijvoorbeeld een consult te plannen, ook wanneer daar geen vergoeding tegenover staat.
- I Een derde groep uitspraken heeft te maken met *externe effecten van richtlijnen* zoals mogelijke juridische consequenties waarbij gewezen wordt op de beoordeling van WGA-aanvragen door UWV, werkgevers die de bedrijfsarts willen controleren en pushen met verwijzing naar de richtlijn, daartoe aangezet door inkomensverzekeraars of verzuimconsulenten.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Een eerste reden waarom bedrijfsartsen menen richtlijnen niet te kunnen uitvoeren, is dat *de*

richtlijn niet aansluit bij de bestaande praktijk. Bij veel bedrijven die hun verzuim- en re-integratiebeleid volgens het 'eigen regiemodel' hebben ingericht, maar ook bij contracten waar per verichting wordt gedeclareerd, is de bedrijfsarts niet meer de vanzelfsprekende regievoerder. Hierdoor is hij niet in staat om zelf het tijdstip van de eerste oproep en vervolgooproepen te bepalen. De richtlijn komt niet tegemoet aan de uiteenlopende wensen van klanten en er wordt een discrepantie ervaren tussen datgene waar de professie voor staat en dat wat de klant wenst. Dit kan leiden tot spanningen of gewetensproblemen en doet afbreuk aan het plezier in het werk. Bovendien zijn in het verzuim- en re-integratiebeleid van een bedrijf vaak andere disciplines betrokken dan waarin de richtlijn voorziet. Ten slotte houdt het navolgen van een richtlijn vaak een grotere administratieve belasting in, waarvoor geen (extra) tijd beschikbaar is. Per werksetting verschillen argumenten pro of contra de uitvoerbaarheid van richtlijnen niet wezenlijk. Zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen vinden veel vaker richtlijnen *niet zinvol* vanwege de discrepantie met de praktijk en de gedetailleerdheid van de richtlijn, terwijl bedrijfsartsen van arbodiensten richtlijnen om diezelfde redenen *moeilijk te implementeren* vinden. Het verschil is vooral een kwestie van verantwoordelijkheid: de laatsten hebben te maken met contracten die een arbodienst met bedrijven afsluit, terwijl zelfstandig gevestigden zelf contracten afsluiten en direct te maken hebben met de wensen van bedrijven. Bedrijfsartsen van enkelvoudige diensten nemen een tussenpositie in en noemen beide argumenten (niet zinvol, moeilijk te implementeren) voor het niet naleven van de richtlijnen.

Een tweede reden waarom bedrijfsartsen aangeven dat richtlijnen niet uitvoerbaar zijn, heeft te maken met *hun idee over de striktheid waarmee richtlijnen moeten worden toegepast*. Velen, met name onder de zelfstandigen, zeggen volgens de richtlijnen te handelen terwijl ze die niet in strikte zin toepassen; ze verklaren 'in de geest van richtlijn' te handelen en hun gezond verstand te gebruiken. Anderen die de richtlijn evenmin strikt toepassen, menen dat ze niet conform de richtlijn handelen. De opvatting dat richtlijnen strikt moeten worden gevolgd, wordt – naar men zegt – uitgedragen bij de visitatie vanuit de NVAB. Maar ook de *dreiging van mogelijke juridische gevolgen* of kritische vragen die vanuit werkgevers (daartoe aangezet door kritische casemanagementbureaus) of UWV (kunnen) worden

gesteld, voeden de opvatting dat strikte navolging van richtlijnen vereist zou zijn.

Zoals ook in eerder onderzoek naar de NVAB-richtlijnen naar voren kwam⁵ en bekend is uit grote reviews naar de implementatie van richtlijnen,^{3,11} is voor het navolgen van richtlijnen van belang dat *de organisatorische omgeving de uitvoering van de richtlijn faciliteert en ondersteunt*.¹² Juist omdat richtlijnen van de beroepsgroep afkomstig zijn, laten deze zich niet zo gemakkelijk in een bestaande organisatorische omgeving inpassen. Er zijn voorbeelden genoemd waarbij binnen een arbodienst per richtlijn een implementatiestrategie uitgedacht werd en richtlijnen werden ingebouwd in het bestaande spreekuurinformatiesysteem. Wanneer die ondersteuning vanuit de organisatie ontbrak, voelde het navolgen van de richtlijn als extra werkdruk of soms zelfs als een opoffering. Maar het kwam ook voor dat bedrijfsartsen verklaarden niet op de hoogte te zijn van de richtlijnen, omdat ze er ook niet mee te maken hadden gekregen.

Nu is een matige implementatie van richtlijnen een algemeen voorkomend verschijnsel en niet uniek voor de bedrijfsgezondheidszorg. In de inleiding is verwezen naar reviews van onderzoeken naar factoren en omstandigheden die implementatie bevorderen dan wel belemmeren. In het rapport van de Gezondheidsraad *Van implementeren tot leren* wordt het idee dat optimale zorg direct kan worden afgeleid uit de recentste wetenschappelijke inzichten als illusoir verworpen omdat dit idee geen recht doet aan de complexe praktijk, waarin professionals zich bevinden. De nota schetst de contouren van een *derde generatie richtlijnen*.¹³ Daarin ligt de focus niet op het navolgen van richtlijnen, maar wordt richtlijnontwikkeling gezien als een onderdeel van het integraal management gericht op het optimaliseren van zorgprocessen en staat het continue leren voorop.^{14,15} Er wordt gepleit voor een intensiever tweerichtingsverkeer tussen wetenschap en praktijk. Artsen dienen in de netwerken waarin zij zich in toenemende mate bevinden, vooral

van *elkaar* te leren, onder andere door goed te kijken naar zogeheten *best practices* die aan lokale omstandigheden kunnen (en dienen te) worden aangepast. In een recente publicatie van de Regieraad wordt de noodzaak van eenduidige evidence-based richtlijnen betwijfeld omdat de 'evidence' vaak niet eenduidig is. Een richtlijn is pas 'normstellend' wanneer de evidence eenduidig is en afwijken van de richtlijn problematisch.¹⁶ In alle andere gevallen dient een richtlijn als aanbeveling te worden beschouwd waardoor er veel meer ruimte is voor contextafhankelijke implementatie dan vaak wordt verondersteld.

Het is daarom de vraag of het opstellen en invoeren van uniforme richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg wel nastrevenswaardig is. Door het opkomen van andere vormen van zorg (onder andere als gevolg van het 'eigen regiemodel'), de vervlechting van het bedrijfsgeneeskundige handelen met de niet-medische organisatorische omgeving en ten slotte de meerduidigheid van gevonden evidence, is aanpassing aan de lokale omstandigheden meer voor de hand liggend. Richtlijnontwikkeling en -implementatie zou op het uitvoerend niveau per werksetting door direct betrokkenen moeten worden uitgewerkt. Hierbij zou de professie zich kunnen beperken tot het formuleren van uitgangspunten, randvoorwaarden en voorbeelden van *good & bad practices*.

De huidige discrepantie tussen richtlijnen en praktijk leidt niet tot betere kwaliteit, maar eerder tot een gevoel van tekortschieten en minder plezier in het werk.

De literatuurlijst, de box en tabel 3 t/m 6 vindt u als digitale pagina's 312 t/m 317 op de website van TBV (www.tbv-online.nl) onder de knop 'TBV 2012 digitale pagina's 312-317'.

De laatste pagina van dit artikel is 317.

BIJLAGE

Literatuurlijst, de box en tabel 3 t/m 6 behorend bij het artikel **Waarom NVAB-richtlijnen niet worden gevolgd. Een kwalitatief onderzoek naar het oordeel van bedrijfsartsen**, door Nico Plomp, Sarah el Markhous en Marlou Hermsen

LITERATUUR EN NOTEN

1. Grol R, Wensing M. Richtlijnen als hulpmiddel bij de verbetering van de zorg. In: Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006, 3e druk, pp. 124-146.
2. Hulshof C. Introductie NVAB-richtlijnen. Utrecht: NVAB; 2009.
3. Hulscher M, Wensing M, Grol R. Effectieve implementatie strategieën. Den Haag: ZonMw, 2000.
4. Kremer L, Burgers J, Barneveld T van, et al. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010.
5. Nauta A, Manders J, Hulshof C, et al. Implementatie van NVAB-richtlijnen. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2006; 14: 266-267.
6. NVAB ledenraadpleging 2010. Utrecht: NVAB, 2010.
7. Plomp HN, Broeren J, Buitenhuis R, Weel A. Werkbeleving en werktevredenheid van bedrijfsartsen: grote verschillen tussen artsen en werksituaties. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2011; 2: 54-61.
8. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
9. Miller K. Communications theories: perspectives, processes, and contexts. New York: McGraw-Hill, 2005.
10. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. Londen: Sage, 2004.
11. Wensing M, Ouwens M, Boerboom L. Internationaal implementatieonderzoek en implementatiebeleid van onderzoeksfinanciers; een overzicht anno 2010. Nijmegen: IQ Health Care, 2010.
12. Friele R, Niet A van der, Heiligers P. Contextfactoren voor succesvolle implementatie. Utrecht: Nivel, 2010.
13. De 'eerste generatie' richtlijnen was 'opinion based' en kwam tot stand op basis van consensus; deze zijn bekritiseerd omdat ze onvoldoende recht doen aan de wetenschappelijke evidentie: wat professionals gezamenlijk 'weten' hoeft nog niet in empirische studies bevestigd te worden. De 'tweede generatie' richtlijnen werd dan ook meer nadrukkelijk gepositioneerd als evidence-based. Niet langer moest consensus tussen professionals de basis vormen voor richtlijnen, maar dienden richtlijnen directe vertalingen te vormen van in empirisch onderzoek vastgestelde evidentie. Het gevolg ervan is dat de aspecten, zoals doelmatigheid, samenwerken, patiënteninbreng en organisatorische vormgeving waarover geen evidence beschikbaar is, onderbelicht blijven.¹⁴
14. Stegeman JH, Grinten T van der. Van implementeren naar leren. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
15. Bal R. Van beleid naar richtlijnen en weer terug. Over het belang van 'vage figuren'. In: Helderma J-K, Meurs P, Putters K, red. Orkestratie van gezondheidszorgbeleid: besturen met rationaliteit en redelijkheid. Assen: Van Gorcum, 2006.
16. Zuiderent-Jerak T, Jerak-Zuiderent S, Bovenkamp H van de, et al. Variatie in richtlijnen; wat is het probleem? Den Haag: Regieraad, 2011.

Box

De analyse van de kwalitatieve gegevens

De interviews zijn letterlijk getranscribeerd van een geluidsopname, waarbij de inbreng van iedere afzonderlijke deelnemer geanonimiseerd is. Vervolgens zijn door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar de relevante tekstfragmenten in het transcript gemarkeerd en gerubriceerd als 'richtlijn wel uitvoerbaar', 'niet uitvoerbaar' of 'overig'. In het totaal zijn 112 uitspraken uit de focusgroepen onderscheiden: 22 verwijzen naar argumenten vóór de uitvoerbaarheid van richtlijnen, 77 ertegen en 13 vallen in de rubriek 'overig'.

De verdere analyse van de onderzoeksgegevens is gedaan volgens systematiek die Boeije geeft in haar boek *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Zij baseert zich daarin op de uitgangspunten van de 'Grounded theory' van Glaser en Strauss en onderscheidt drie stappen: het open, axiaal en selectief coderen. Door het toekennen van open codes worden de onderzoeksgegevens eerst uiteen gefafeld en daarna door het axiaal en selectief coderen meer geordend en gestructureerd.

- I Open codes zijn korte samenvattingen van de tekstfragmenten. De lijst van open codes geeft de inhoud van de interviews beknopt weer.
- I Bij het axiaal coderen worden de open codes op basis van inhoudelijke overeenkomst in algemenere (abstracte) categorieën ondergebracht, die relevant zijn voor de vraagstelling.
- I De laatste stap is het selectief coderen waarbij het gaat om het zoeken naar meer omvattende kerncategorieën, waarbinnen axiale codes kunnen worden ondergebracht. Voor het benoemen van kerncategorieën kan ook gebruik gemaakt worden van theorie of theoretische concepten. Ze dienen voor het beschrijven en mogelijk verklaren van het onderwerp van onderzoek.

Het open, axiaal en selectief coderen is steeds door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Zij vergeleken hun codering en interpretaties van de tekstfragmenten en overlegden bij verschillen totdat consensus was bereikt.

De kerncategorieën die zijn geformuleerd in dit onderzoek, staan in de eerste en de axiale codes in de tweede kolom van tabel 3 tot en met 6.

Bij tekstfragmenten is steeds de werksetting van de deelnemer aangegeven, waardoor vergelijking mogelijk is.

Tabel 3

Aantal uitspraken naar axiale code en werksetting

AXIALE CODES	WERKSETTING			
	Arbodienst	Enkelvoudig	Zelfstandig	Totaal
A. RICHTLIJNEN NIET UITVOERBAAR	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
1. Onbekend	6 (12%)	1 (5%)	1 (2,5%)	8 (7%)
2. Niet zinnig	3 (6%)	6 (30%)	14 (35%)	23 (21%)
2.1 Geen toegevoegde waarde	(...)	(...)	4 (10%)	4 (4%)
2.2 Te gedetailleerd/betuttelend	3 (6%)	4 (20%)	6 (15%)	13 (12%)
2.3 Staat te ver van de praktijk	(...)	2 (10)	4 (10)	6 (5)
3. Moeilijk te implementeren	25 (49%)	5 (25%)	7 (18%)	37 (33%)
3.1 Organisatorische/financiële randvoorwaarden ontbreken	17 (33%)	2 (10%)	3 (7,5%)	22 (20%)
3.2 Grote variatie in de praktijk	4 (8%)	1 (5%)	1 (2,5%)	6 (5%)
3.3 Te grote werkbelasting	4 (8%)	2 (10%)	3 (7,5%)	9 (8%)
4. Strikte toepassing vereist	2 (4%)	2 (10%)	6 (15%)	10 (9%)
Totaal niet uitvoerbaar	36 (69%)	14 (70%)	28 (70%)	78 (69%)
B. RICHTLIJNEN WEL UITVOERBAAR	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
1. Zinnig	4 (8%)	(...)	3 (7,5%)	7 (6%)
2. Goed te implementeren	2 (4%)	1 (5%)	1 (2,5%)	4 (4%)
3. Selectief toepassen	4 (8%)	1 (5%)	6 (15%)	11 (10%)
Totaal wel uitvoerbaar	10 (19%)	2 (10%)	10 (25%)	22 (20%)
C. OVERIGE UITSPRAKEN	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
1. Training en prikkel noodzakelijk	2 (4%)	2 (10%)	(...)	4 (4%)
2. Belangenafweging, ethisch dilemma	2 (4%)	1 (5%)	1 (2,5%)	4 (4%)
3. Juridische consequenties	2 (4%)	1 (5%)	1 (2,5%)	4 (4%)
Totaal overig	6 (12%)	4 (20%)	2 (5%)	12 (11%)
TOTAAL	52 (100%)	20 (100%)	40 (100%)	112 (100%)

Tabel 4

Redenen waarom NVAB-richtlijnen niet uitvoerbaar zijn

Kerncategorie	Axiale codes	Relevante uitspraken (selectie)	
1. Onbekend	1.1 <i>Geen behoefte, geen motivatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Alleen het probleem is dat de meeste mensen niet goed studie hebben gemaakt van de richtlijnen, dat is ook een deel van het probleem_fg6_626 (arbodienst) o De richtlijnen zijn weinig dynamisch. Dan moet je dit doen en dan moet je dat doen. De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat ik niet gehinderd word door welke vorm van kennis dan ook_fg2_206 (zelfstandig) 	
	1.2 <i>Geen kennis/routine</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Wat ik ook merk, het is moeilijk aan te leren (...) als je dus niet dagelijks precies die richtlijn volgt, dan ben je hem op een gegeven moment kwijt en als je dan na verloop van tijd en na een half jaar nog eens kijkt van wat er nou overgebleven is bij jouw methodiek ten opzichte van de richtlijn, dan wijk je toch behoorlijk af en dan moet je hem eigenlijk steeds opnieuw oprispen_fg4_297 (enkelvoudig) o Ik zie natuurlijk vrij veel mensen met bewegingsapparaatproblemen, lage rugklachten zie ik ook regelmatig. Dus die zit dan wel beter in de gang dan de richtlijn Psychische klachten_fg6_612 (arbodienst) 	
2. Niet zinvol	2.1 <i>Geen toegevoegde waarde</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Nou ik vind het vakinhoudelijk geen toegevoegde waarde hebben. Laat ik het dan daar op houden_fg1_66 (zelfstandig) o Nou, en daarbij vraag ik me af of de richtlijn nou in alle gevallen tot toegevoegde waarde leidt ten opzichte van wat je al doet_fg2_150 (zelfstandig) 	
	2.2 <i>Te gedetailleerd/betuttelend</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Nou het gaat verder dan alleen de spreekuurtijd, want je wordt verwacht in al die richtlijnen heel zorgvuldig te zijn en dus ook overleg te hebben gehad met alle behandelaars laat ik maar zeggen. Het is in dat opzicht naar mijn beleving helemaal onderuit gegaan_fg7_775 (arbodienst) o Kijk en als je de hoeveelheid stappen van een richtlijn ziet, nou eh, dan denk ik ja ik volg geen richtlijn_fg4_279 (enkelvoudig) o Als je kijkt naar welke punten allemaal genoteerd zouden moeten worden, dan waren het er toch een heleboel. Dat ga ik dus inderdaad niet doen_fg1_149 (zelfstandig) o In mijn optiek te overbodig gedetailleerd. Het mag wat simpeler en eenvoudiger_fg6_618 (arbodienst) o Maar het feit dat er gemeten wordt met welke frequentie je een klant spreekt. Dat is betuttelend, en in de praktijk vaak niet te doen of niet nodig. (...) dat is ondoenlijk_fg9_596 (enkelvoudig) o Als ik dat moet doen, dan overweeg ik serieus om wat anders te gaan doen_fg1_62 (zelfstandig) 	
	2.3 <i>Staat te ver af van de praktijk</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Die richtlijn is ook op een manier gemaakt dat je denkt, wat moet ik ermee? Dan krijg je richtlijnen die helemaal niet praktisch zijn, ze worden door de verkeerde mensen in elkaar gezet_fg9_621 (enkelvoudig) o Dit soort commissies moeten artsen niet gaan voorschrijven wat ze moeten doen, dat ze hun kennis bundelen en aangeven als richtlijn van jongens zo kan je het ook doen als je vastloopt. Ik vind het allemaal prima, maar het moet niet zo zijn dat het een invuloefening wordt. Dat ze regels gaan opstellen die niet zinvol zijn_fg1_205 (zelfstandig) 	
	3. Moeilijk te implementeren in bestaande praktijk	3.1 <i>Organisatorische/financiële randvoorwaarden ontbreken</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Volgens de richtlijnen moet je mensen dus om de drie tot zes weken zien en in de ziekteperiode heb je per klant maximaal drie tot vier contacten per jaar. Dus dat gaat gewoon niet_fg2_128 (zelfstandig) o En als je van die 'uurtje factuurtje contractjes' hebt en dat er eerst een consultant komt en dan pas een dokter of dat je iemand maar één keer in de zes weken mag zien (...) dan heb je daar gewoon een probleem mee. Dan is het eventueel wel doenlijk, maar dan moet je daar wel heel veel inspanningen voor verrichten. Dan moet je met de manager om de tafel, met de klant om de tafel zitten en zeggen kijk dit zijn de richtlijnen en zo wil ik het doen. Het is financiële kwestie_fg8_645 (arbodienst) o Nou dan moet je iemand zeker in de beginfase wekelijks of om de tien dagen zien en ervoor zorgen dat de opdrachten worden uitgevoerd...(dat is ondoenlijk)_fg5_784 (arbodienst)
		a. <i>Financiële beperkingen maken richtlijnen volgen niet mogelijk</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Nou ja, als een klant daar zo op gaat staan, dan zijn wij niet in staat de richtlijnen te volgen_fg5_823 (arbodienst) o Situaties waar vanwege wurgende contracten met de klant de richtlijnen niet uitgevoerd kunnen worden, doen zich ook wel voor. Daar waar de klanten de regie voeren, is er eens in de zoveel weken of maanden contact met de bedrijfsarts_fg5_806 (arbodienst)
b. <i>Eigen regiemodel</i>		<ul style="list-style-type: none"> o Het is bij ons heel duidelijk gezegd. Van jongens, we verdienen te weinig. Dus als in het contract staat om de zes weken contact, moeten jullie ze niet om de drie weken gaan zien, want dan werk je één keer voor niks_fg10_21 (arbodienst) o Nou de nieuwe richtlijn voor spanningsklachten, dat is ook niet volgbaar. Dat is onwijs handig geschreven, maar in de praktijk niet haalbaar. Die moet je te vaak zien. Er is bijna geen klant die jou de eerste week al patiënten laat zien. Er zijn er zelfs een heleboel die dat pas na zes weken doen_fg2_138 (zelfstandig) 	

vervolg Tabel 4

Redenen waarom NVAB-richtlijnen niet uitvoerbaar zijn

Kerncategorie	Axiale codes	Relevante uitspraken (selectie)
	<i>c. Casemanagers belemmeren navolgen richtlijnen</i>	<ul style="list-style-type: none"> o En als je van die 'uurtje factuurtje contractjes' hebt en dat er eerst een consultant komt en dan pas een dokter of dat je iemand maar één keer in de zes weken mag zien (...) dan heb je daar gewoon een probleem mee. Dan is het eventueel wel doenlijk, maar dan moet je daar wel heel veel inspanningen voor verrichten_fg8_645 (arbodienst) o In de spreekkamer zit de patiënt bij je, dan kun je die richtlijn wel toepassen, maar waar het vaak fout gaat en volgens mij komen deze cijfers daar ook vandaan, is de contracten en de casemanagers. Dan worden sommige contracten verkocht en de casemanager mag bepalen wanneer iemand uiteindelijk in het verzuim naar de dokter mag_fg8_652 (arbodienst) o Een casemanager heeft geen boodschap aan richtlijnen. Als ik STECR-richtlijnen doe bijvoorbeeld en dat had ik gister dan weer, dan belt een werkgever met waarom twee weken?_fg8_682 (arbodienst)
	<i>3.2 Grote variatie in de praktijk</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Dat komt ook omdat de problematiek zo divers is, Wanneer hangt het er nou wel aan, wanneer hangt het er niet aan. De ene keer wordt het wel ingevuld en de andere keer is het niet zo. Ik bedoel, over myocardinfarcten daar kun je vrij kort over zijn, en over COPD daar zijn we ook gauw over uitgepraat, maar met psychische klachten wordt het lastig. Ik vind die richtlijn waar we het meest mee te maken hebben, het meest lastig toe te passen. Zeker in het licht van al die contracten die getekend zijn_fg7_721 (arbodienst)
	<i>a. Problematiek in praktijk divers</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Ik kan rustig iemand naar een maatschappelijk werker sturen en iemand drie maanden niet zien_fg9_607 (enkelvoudig)
	<i>b. Meerdere disciplines</i>	<ul style="list-style-type: none"> o En soms vind ik wel dat die richtlijn heel erg uitgebreid is en als je dat dan echt allemaal zo wilt doen, dan heb je daar heel veel meer tijd voor nodig. Dat gaat ons gewoon niet lukken. Dus dan denk ik nou ja, je roeit met de riemen die je hebt en dan maar wat minder_fg6_583 (arbodienst)
	<i>3.3 Te grote belasting</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Je kunt wel gemotiveerd afwijken, maar wie doet dat nou? Dan moet je dat ook weer documenteren_fg9_569 (enkelvoudig) o Die richtlijn Psychische klachten, om die te volgen zoals die nu aangegeven wordt met alles wat je op moet schrijven, echt, ik ben van mijn stoel gevallen_fg1_175 (zelfstandig) o Ja, als ik naar mijn eigen tevredenheid van mijn werk kijk, vind ik dat het het afgelopen jaar minder is geworden. Door die druk en allerlei bijkomende taken. Onder andere door die verandering in de organisatie_fg12_384 (arbodienst)
4. Strikte toepassing vereist	<i>4.1 Druk door visitatie-eisen</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Ja, en ook vanuit je visitatie, wordt je er ook op aangesproken, van hoe ziet je dossier eruit, in de casuïstiek, dus daar zit ook nog die druk op ja, over vijf jaar word je weer gevisiteerd en moet je wel voldoen aan de eisen die daarbij passen_fg7_721 (arbodienst) o Want als ik kijk naar die vragenlijsten van de visitatie, dan denk ik bij mezelf nou bij benadering doe ik dat al niet. Ik noteer kort wat ik ervan vind, veel staat tussen de regels_fg1_23 (zelfstandig) o Altijd letterlijk opvolgen. Ja, dat is wel een domper. Ik vind eigenlijk dat de status van de richtlijnen, buitensporig is geworden. Een status in de vorm van een wet, die eerder juist tegen ons wordt gebruikt_fg9_566 (enkelvoudig) o Voor mijn gevoel doe ik het wel, maar als ik letterlijk al die stapjes doorneem en als ik dat terug lees, dan denk ik, was dit wel allemaal relevant voor deze casus?_fg4_280 (enkelvoudig)
	<i>4.2 Juridische consequenties</i>	<ul style="list-style-type: none"> o Altijd letterlijk opvolgen. Ja, dat is wel een domper. Ik vind eigenlijk de status van de richtlijnen, buitensporig is geworden. Een status in de vorm van een wet, die eerder juist tegen ons wordt gebruikt_fg9_566 (enkelvoudig) o We hadden het net over juridische aspecten, als je bij een tuchtrechter moet komen dan ben je helemaal gezien, want niemand volgt precies die richtlijnen zoals je hoort te doen_fg7_775 (arbodienst)

Tabel 5

Redenen waarom NVAB-richtlijnen wel uitvoerbaar zijn

Kerncategorie	Axiale codes	Relevante uitspraken (selectie)
1. Zinvol	1.1 Toetsbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> o En goed je hebt met die richtlijnen iets in handen om je eigen handelen op te richten en ja in die zin is het te doen_fg5_798 (arbodienst) o Ik krijg eindelijk een beetje toetsbare momenten, je streeft naar formaliteit, je streeft naar een eenduidige advisering. Ik vind het uitstekend_fg6_626 (arbodienst)
	1.2 Richtlijn nuttig bij vastlopen	<ul style="list-style-type: none"> o Alleen als het lastig wordt, als ik denk van gut ik loop vast hoe moet dit nou, dat heb je altijd_fg1_133 (zelfstandig) o Kijk, als het nodig is qua casuïstiek, dan is dat in mijn voordeel. Ik ben niet gebonden aan een contract, dus als ik vind dat ik iemand moet zien, dan zie ik hem_fg10_13 (arbodienst)
2. Goed te implementeren	2.1 Voldoende gelegenheid/ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> o Ik vond uiteindelijk, als je een beetje dat tijdsaspect bij je klantsysteem onder controle houdt, dat je gewoon een half uur per consult kan doen en ze bekijken het maar. Dan zijn die richtlijnen eigenlijk heel goed te doen als we er wat ondersteuningsdingetjes bij krijgen, zoals geautomatiseerde vragenlijsten, en dat je wat dingen aan mensen vertelt die wat ondersteunen, dan is dat in de praktijk wel goed te doen_fg7_800 (arbodienst) o Ik merk er niet zo heel veel van. Ik ben gewend om uitgebreid te rapporteren. Meestal ga ik me op de richtlijnen richten als de casus heel ingewikkeld en complex wordt en meestal is dat in orde behalve als een dossier wordt uitgepikt door een staf die gaat echt dan helemaal precies opletten heb je alles goed gevolgd en gedaan, maar zo strikt als het bij jullie is, ervaar ik het niet_fg1_164 (zelfstandig)
	2.2 Geen grote afwijking van de praktijk	<ul style="list-style-type: none"> o Het hangt toch van de richtlijn af? Je hebt een richtlijn en die doet twee dingen: 'Vertegenwoordigt de care as usual, zullen we maar zeggen, wat er nu wel in de praktijk gebeurt en een richtlijn die meestal ook iets nieuws, iets innovatiefs meebrengt, voor als iets moet worden onderbouwd of als het niet lukt om consensus te bereiken'_fg4_249 (enkelvoudig) o Als het gebruikelijke zorgdeel 99 procent is van alle richtlijnen, en er zit maar 1 procent vernieuwing in, dan zie je dat iedereen zonder enig probleem die richtlijnen kan toepassen in de praktijk_fg4_252 (enkelvoudig)
	2.3 Overzichtelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> o Maar er komt wel een verkorting van die richtlijn zoals (voor de richtlijn) zwangerschappen; heb je de G-schijf waarop we de verkortingen hebben gezet, die komt er voor alle richtlijnen. Ja, dat is handig. Dan weet ik meteen van dat is lage rugklachten, dan moet ik dat en dat doen. (...) Dat je de richtlijn kunt ombouwen als een cockpit dat je heel snel weet wat je moet doen, meerlingzwangerschappen weet je meteen hoeveel verlof je moet adviseren_fg6_595 (arbodienst)
3. Selectief toepassen	3.1 Naar eigen inzicht volgen	<ul style="list-style-type: none"> o Ik hoef iemand echt niet verplicht om de zoveel tijd te zien, als het gewoon goed gaat_fg9_604 (enkelvoudig) o Bij een gewoon goed verlopende casus heb je dat helemaal niet nodig_fg1_204 (zelfstandig) o Ik volg het, ik ga af op wat ik voor me zie en dan gebruik ik mijn gezond verstand van het afgelopen jaar_fg1_129 (zelfstandig) o Als ik een patiënt zie op een spreekuur dan heb ik een gesprek met iemand en dan probeer ik tijdens de interactie er achter te komen wat ik nodig heb. En niet een vragenlijst, zo van hoe zit het daarmee, hoe zit het daarmee, hoe zit het daarmee, dat is geen gesprek_fg1_212 (zelfstandig)
	3.2 Richtlijn is geen wetgeving	<ul style="list-style-type: none"> o Maar het is een richtlijn. (...) Kijk als je zegt het is een wetmatigheid en je hoort het op de letter uit te voeren en op de regel, ja dan heb je een probleem, maar als richtlijn kan je het best na proberen te volgen. Ja hoe interpreteer je het, het enigszins navolgen van een richtlijn_fg5_791 (arbodienst)

Tabel 6

Overige uitspraken over uitvoerbaarheid van NVAB-richtlijnen

Kerncategorie	Axiale codes	Relevante uitspraken (selectie)
1. Training en prikkel noodzakelijk	1.1 <i>Richtlijnen komen niet overeen met praktische werkwijze</i>	o Ik herken heel erg dat nieuwe gedrag met die automatismen dat het lastig, om dat erin te krijgen. Met die routines, dat heeft toch ook met ons brein te maken, dat gaat gewoon niet zo makkelijk. Maar dat is wat anders dan dat het ondoenlijk is_fg4_281 (enkelvoudig)
	1.2 <i>Toepassen van richtlijnen afhankelijk van intrinsieke prikkel voor toetsbaar handelen</i>	o Het is de vraag of er wel een prikkel is om die richtlijn toe te passen. Die prikkel moet iets intrinsieks zijn om toetsbaar te handelen en als er van buitenaf niet die prikkel is om toetsbaar te zijn dan eh..._fg6_642 (arbodienst) o Wij (artsen) missen vaak de vaardigheid om de richtlijn daadwerkelijk uit te voeren. Daar zit ook niet zo heel veel ruimte, tijd of structuur in. Op een gegeven moment is zo'n richtlijn er en dat is dan werkelijk verschillend van hoe wij dokters dat doen. Dan is het niet zo dat wanneer de richtlijn wordt geïntroduceerd, dat we het allemaal kunnen_fg7_804 (arbodienst)
2. Afweging, ethisch dilemma	2.1 <i>Iets voor je klanten betekenen</i>	o Je kunt beter echt iets voor je klanten betekenen, dan dat je iemand maar om de drie weken blijft zien_fg2_177 (zelfstandig) o Maar als je nou iemand ziet dat je denkt, die moet ik echt over 2 twee weken zien dan heb je toch de professionele vrijheid om dat te doen? Natuurlijk, dan doe ik dat. Maar ik zou dat niet zo ondoenlijk noemen, ik vind dat niet zo een probleem_fg10 (arbodienst)
	2.2 <i>Richtlijn gaat uit van beroepsgroep en niet van klant</i>	o Ik heb ook wel een mening over de richtlijnen, want ik vind het wel heel erg van de beroepsgroep uitgaan. Niet zo erg vanuit de wens van een klant, want wij hebben klanten waar we voor werken die ons betalen en dat is misschien in onze setting wat minder expliciet. Dus het is erg beredeneerd vanuit wat de bedrijfsartsen zouden moeten doen. En dan kom je niet tegemoet aan de commerciële kant van het vak_fg4_290 (enkelvoudig)
	2.3 <i>Wurgende contracten in strijd met beroepsethiek</i>	o Met name als het niet uitgevoerd kan worden vanwege wurgende contracten met de klanten, dan is dat helemaal in strijd met onze beroepsethiek_fg5_802 (arbodienst)
3. Externe effecten van richtlijnen	3.1 <i>Juridische consequenties</i>	o Je moet heel erg uitkijken dat je dus de richtlijnen enigszins volgt, dat je je dus geen buil kan vallen_fg7_785 (arbodienst) o Je ontkomt er niet aan juridisch technisch gesproken, om de richtlijnen na te volgen. Je moet gewoon volgens die richtlijnen werken_fg4_322 (enkelvoudig)
	3.2 <i>Misbruik richtlijnen door verzekeraars</i>	o Ja, en waar ik ook tegen aanliep en dat ergert me natuurlijk ook wezenloos, is dat het misbruikt gaat worden door verzekeraars. He, die hebben dus mensen die gaan dus HRM'ers instrueren van daar moet je op letten, daar moet je bij de arts zijn. Dus die krijgen opeens allemaal vragen, heb je die klachtenlijsten afgenomen of heb je dat en dat gedaan_fg1_217 (zelfstandig)