

Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement

Richtlijnen in de logopedische praktijk: goede aanbevelingen, goede zorg?

Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Student: Ph. E. G. Berns
Studentnummer: 323359

Begeleiders: Dr. T. Zuiderent-Jerak
E. van Loon MSc.

Meelezer: Prof. Dr. J. Klein

Datum: 1 juli 2010

Inhoudsopgave

Voorwoord
Samenvatting
Summary

1. Richtlijnen: waarom worden ze ontwikkeld en hebben ze effect?	1
1.1 DOELSTELLING VAN DIT ONDERZOEK	3
1.2 LEESWIJZER.....	4
2. Theoretische verkenning rond het thema ‘richtlijnen en de klinische praktijk’	6
2.1 HISTORISCHE ACHTERGROND BIJ ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN IN RELATIE TOT PROFESSIONALISME	6
2.2 RICHTLIJNEN EN PROFESSIONELE AUTONOMIE.....	8
2.3 RICHTLIJNEN EN GOEDE ZORG	10
2.4 LOGOPEDIE EN RICHTLIJNEN.....	14
3. Methoden van onderzoek	18
4. Richtlijnen in de logopedische praktijk	21
4.1 ALGEMENE ATTITUDE TEN AANZIEN VAN RICHTLIJNEN	22
4.2 DE AANBEVELING OVER FREQUENTIE VAN THERAPIE: LOGOPEDIST EN ORGANISATIE	27
4.3 DE SATURATIEMETING: LOGOPEDIST EN EVIDENCE	32
4.4 AANBEVELINGEOVER INHOUD: LOGOPEDIST EN PATIËNT.....	35
5. Discussie en conclusie	43
BEPERKINGEN	46
6. Aanbevelingen	48
Literatuur	49

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van de Master Zorgmanagement aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Het onderwerp van deze scriptie past bij mijn interesse in hoe zorgprofessionals omgaan met de spanning tussen het werken in een organisatie met kaders en richtlijnen en het 'leveren van goede zorg' aan hun patiënten. Deze interesse is in het proces van het schrijven van deze scriptie nog verder toegenomen dankzij de stimulerende bijeenkomsten met mijn scriptiebegeleiders. Esther, bedankt voor de positieve manier waarop je me hebt geholpen bij het focus brengen in de eerste voorstellen voor deze scriptie, Teun, bedankt voor de relaxte wijze waarop je tijdens de scriptiebijeenkomsten heel veel kennis met ons, de scriptanten, deelde. Ik heb veel van jullie geleerd.

Inge en Romy, jullie enorme snelheid bij het schrijven van jullie scripties heeft er zeker voor gezorgd dat ook mijn schrijftempo op peil bleef.

Jan Klein wil ik bedanken voor zijn rol als meelezer, zowel bij het projectvoorstel als bij de scriptie.

Alle collega's die ik heb geïnterviewd: bedankt voor jullie geïnteresseerde medewerking en jullie openhartigheid tijdens de interviews. Dankzij jullie verhalen kon ik linken leggen tussen theorie en praktijk.

Wilma, je hebt me enorm geholpen door je precisie bij het uitschrijven van de interviews. Door jouw typevaardigheid kon ik steeds heel snel beschikken over de geschreven teksten van de interviews.

Natuurlijk ook een woord van dank voor Bart, mijn man, en onze kinderen Evelien en Roel. Zonder de steun van Bart, die de afgelopen twee jaar toch wel véél vaker dan ik heeft gekookt, en van Evelien en Roel, die niet alleen met de stress van hun eigen VWO-examens moesten omgaan maar ook met die van hun studerende moeder, had ik de afgelopen twee jaar nooit zoveel tijd aan mijn studie kunnen besteden.

Juli 2010.

Philine Berns.

Samenvatting

Achtergrond: Richtlijnen spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg. Een van de belangrijkste redenen voor de ontwikkeling van richtlijnen is het idee dat ze bijdragen aan de afname van ongewenste variatie in de praktijk van de zorg en dat ze de kwaliteit van de zorg vergroten; het blijkt echter dat die effecten niet altijd worden bereikt. Er wordt veel onderzoek gedaan, voornamelijk bij artsen, naar hoe er in de praktijk wordt omgegaan met richtlijnen. De literatuur laat zien dat er op verschillende manieren gekeken kan worden naar het gebruik van richtlijnen. Vanuit het idee dat richtlijnen informatie vrijgeven die eigenlijk behoort tot de professie, kan de richtlijn worden gezien als een bedreiging van de professionele autonomie. Anderzijds kan de richtlijn worden opgevat als een kenmerk van professionaliteit en een bijdrage aan de professionalisering van de beroepsgroep. In relatie tot goede zorg worden richtlijnen gezien als een voorwaarde daartoe, maar er is ook de visie dat richtlijnen goede zorg juist in de weg staan.

De discussie over de relatie tussen richtlijnen, professionele autonomie en goede zorg wordt vooral gevoerd vanuit de medische beroepsgroep. In dit onderzoek zijn logopedisten de doelgroep. *Het onderzoek richt zich op de vraag hoe logopedisten richtlijnen ervaren, enerzijds vanuit de invalshoek van professionalisering, anderzijds vanuit de invalshoek van de dagelijkse werkpraktijk van de logopedist die werkzaam is in een revalidatiecentrum.*

Methode: Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij acht logopedisten die werkzaam zijn in een revalidatiecentrum en bij één revalidatiearts. De gegevens zijn open gecodeerd.

Resultaten: De logopedisten hebben voornamelijk te maken met een aantal aanbevelingen die zich richten op logopedie uit de richtlijn 'revalidatie na een beroerte' van de Hartstichting (2001) en uit de richtlijn 'diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie/CBO (2008). Richtlijnen worden niet gezien als een bedreiging van de professionele autonomie. De aard van de verschillende aanbevelingen (meer gericht op inhoud van de zorg of meer gericht op organisatie van de zorg) heeft invloed op hoe ermee wordt omgegaan, als 'optie' of als 'flexibele standaard'. Aanbevelingen worden aangepast aan de situatie van de individuele patiënt.

Conclusie: De geïnterviewde logopedisten hebben in het algemeen een positieve attitude ten aanzien van richtlijnen. Verschillende aanbevelingen zijn opgenomen in organisatieprotocollen. Noch de professionele autonomie, noch de vrijheid van handelen wordt beperkt door de aanbevelingen. In relatie tot goede zorg wordt op professionele wijze gebruik gemaakt van de aanbevelingen. Het niveau van evidence waarop de aanbeveling gebaseerd is niet representatief voor het gebruik van de richtlijn in de praktijk.

Summary

Guidelines play an important role in health care. Some of the main reasons for developing clinical guidelines have their origin in the idea that guidelines contribute to the reduce of unwanted variations in practice and may enhance quality of care. However, these effects are not always reached. There is a lot of research going on, especially in the field of medicine, on how guidelines are used in healthcare. The literature shows different ways of looking at the use of guidelines. Thinking of a guideline as something that gives insight in professional knowledge that can be misused by managers, it is considered a threat to professional autonomy. But it also is possible to consider guidelines as enhancing the professionalization of a profession. In relation to good care one can think of guidelines as a restriction for good care, versus the opinion that good care is impossible without using guidelines.

The debate on the relationship between guidelines, professional autonomy and good care is usually linked with the profession of medicine. In this study however this debate is linked with speech and language therapists. The aim of this study is to explore how speech and language therapists are experiencing guidelines. We will look at that taking it from the perspective of professionalization as well as taking it from the perspective of the daily health care practice of speech and language therapists, working in a rehabilitation centre.

Method:

This is a qualitative research. Semi-structured interviews are conducted with eight speech and language therapists who work in a rehabilitation centre and with one rehabilitation specialist. The data are analysed in a way that is called 'open-coding'.

Results:

The speech and language therapists have to deal with some recommendations for speech and language therapy that are mentioned in the guidelines 'revalidatie na een beroerte' (Hartstichting 2001) and 'diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte' (Nederlandse Vereniging voor Neurologie/CBO 2008). Guidelines are not seen as a threat to professional autonomy. The character of the recommendation (is it about contents of therapy versus organisation of therapy) does influence the way they are used, sometimes like an option, sometimes like a flexible standard. Recommendations are adapted to the situation of the unique patient.

Conclusion:

In general, the speech and language therapists have a positive attitude towards guidelines. Some recommendations are used in institutionalised protocols. Recommendations are neither a threat to professional autonomy nor to freedom of acting. Regarding good care, recommendations are used in a professional manner. It is striking that the power of evidence does not correspond to the importance of the recommendation in daily health care practice.

1. Richtlijnen: waarom worden ze ontwikkeld en hebben ze effect?

In deze scriptie wordt een onderzoek beschreven waarin het gebruik van richtlijnen in de klinische praktijk het centrale thema is. Richtlijnen zijn 'op systematische wijze ontwikkelde beweringen die de zorgverlener en patiënt kunnen ondersteunen bij het nemen van beslissingen over passende zorg in specifieke klinische omstandigheden' (Field & Lohr 1990). Richtlijnen worden gezien als instrumenten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren doordat ze leiden tot vermindering van ongewenste variatie in handelen en tot toename van het gebruik van wetenschappelijke inzichten in de alledaagse klinische praktijk (Berg et al. 2000, Cabana et al. 1999).

In Nederland worden vele richtlijnen ontwikkeld. Zo zijn op de site van het CBO momenteel ongeveer 130 richtlijnen gepubliceerd (CBO 2010). In Nederland is in 2009 de Regieraad Kwaliteit van Zorg opgericht die tot taak heeft 'meer structuur en aansturing te geven in het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen voor zorgverlening' (www.regieraad.nl).

Een van de belangrijkste onderzoeken die geleid hebben tot het ontwikkelen van richtlijnen is verricht door Wennberg & Gittelsohn (1973). Zij constateerden dat binnen één regio in de Verenigde Staten heel andere zorg werd geleverd voor dezelfde aandoeningen. Deze variatie werd ongewenst geacht, onder andere omdat vaak duurdere zorg werd geleverd dan nodig was. Dit onderzoek leidde tot de toename in ontwikkeling van klinische richtlijnen in de Verenigde Staten (Weisz 2007).

Is het inderdaad zo dat de variatie in zorgpraktijken afneemt nu er zoveel richtlijnen zijn? Uit onderzoek blijkt dat het effect van richtlijnen op het gedrag van artsen beperkt is: 30% tot 40% van de patiënten krijgt niet de behandeling waarvan de effectiviteit bewezen is (Cabana et al. 1999, Grimshaw & Eccles 2004, Timmermans & Mauck 2005). Redenen om richtlijnen niet te volgen zijn bijvoorbeeld de lokale omstandigheden (De Jong 2008). Oertle en Bal (2010) laten zien dat klinische omstandigheden de verklaring zijn voor 75% van de gevallen waarin artsen een richtlijn op gebied van chronisch hartfalen niet volgen. Variatie in handelen in de praktijk komt nog steeds voor, ondanks het bestaan van richtlijnen, en misschien ook wel als gevolg ervan. Immers: de variatie aan richtlijnen geeft beroepsbeoefenaren weer nieuwe ruimte voor variatie in zorgprocessen en legitimeert deze variatie. Het feit dat de richtlijnen (impliciete) normen bevatten, leidt tot kunnen afwijken van de norm. Hoe duidelijker de norm, hoe duidelijker de variatie.

Er wordt veel onderzoek gedaan naar het gebruik van richtlijnen in de praktijk. Er is het onderzoek dat zich richt op factoren in het proces van ontwikkeling, invoering en evaluatie van richtlijnen (Fleuren et al. 2009), of op het onderscheiden van zogenaamde barrières ten aanzien van richtlijnen in het gedrag van artsen (Cabana et al. 1999). De aanname in dit

onderzoek is dat goede ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en de juiste kennis en attitude van de arts ten aanzien ervan als vanzelf leiden tot gebruik van richtlijnen in de praktijk. Daartegenover staat de opvatting dat richtlijnen voorbijgaan aan de diversiteit en de specifieke kenmerken van de vraag van de patiënt (Mol 2006). Anderzijds is er de invalshoek vanuit de sociologie van professies. Volgens de visie van Freidson (2001) kunnen richtlijnen worden opgevat als een uiting van *managerialism* en dientengevolge als een bedreiging van de professionele autonomie. Richtlijnen beperken de vrijheid van handelen van de professional. Klazinga (1994) daarentegen stelt dat richtlijnen juist bijdragen aan de professionalisering van een beroepsgroep. Hoe een individuele beroepsbeoefenaar zijn of haar professionele autonomie beleeft, kan invloed hebben op hoe deze omgaat met richtlijnen. Daartegenover staat de visie dat te grote vrijheid van de professional kan leiden tot te veel macht en '*professional dominance*' (Light 2000; 203) en dat richtlijnen instrumenten zijn om dit te voorkomen.

Een groot deel van het onderzoek in relatie tot richtlijnen richt zich op artsen. Deze beroepsgroep was de eerste die te maken kreeg met klinische richtlijnen en nog steeds zijn de meeste richtlijnen gericht op medisch handelen. Er ontstaan echter ook steeds meer multidisciplinaire richtlijnen, met aanbevelingen die zich niet alleen richten op artsen maar ook op andere zorgverleners zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen, paramedici, psychologen, maatschappelijk werkers. Al deze professionals maken deel uit van verschillende beroepsgroepen met ieder hun eigen historische ontwikkeling en met specifieke professionele kenmerken. Uit onderzoek van Stevens et al. (2007) naar de relatie tussen expertise van verschillende beroepsgroepen en de grenzen van de beroepsdomeinen blijkt dat gevestigde medische beroepen, zoals huisartsen en oogartsen, hun expertise op een andere manier beleven dan 'nieuwe beroepen' zoals optometristen en opticiens. Expertise wordt gezien als een kernbegrip van professionalisering dat een sterke relatie heeft met autonomie, autoriteit en exclusiviteit. De leden van een professie delen collectieve expertise. Echter, naast deze gedeelde, collectieve expertise beschikt elke individuele professional over idiosyncratische expertise, die uniek is voor deze individuele professional. Elke professie en elke professional bezit een mix van collectieve en idiosyncratische expertise. Uit het onderzoek van Stevens et al. (ibid.) blijkt dat de status en autonomie van een professie hoger is naarmate de leden van de professie de collectieve expertise van de beroepsgroep hoger beoordelen. Leden van gevestigde professies ervaren een sterker gevoel van exclusiviteit en van collectieve expertise. Leden van nieuwe professies ervaren meer idiosyncratische expertise. In relatie tot de discussie over het gebruik van richtlijnen en de mogelijke relatie met professionele autonomie is het interessant om bij een minder gevestigde beroepsgroep te onderzoeken hoe deze omgaat met richtlijnen.

Dit onderzoek spitst zich dan ook toe op het gebruik van richtlijnen door logopedisten die werkzaam zijn in revalidatiecentra. Zij werken in een kliniek of polikliniek in een multidisciplinair behandelteam onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Deze logopedisten behandelen patiënten die, meestal als gevolg van een neurologische aandoening, zoals bijvoorbeeld een beroerte of de ziekte van Parkinson, problemen hebben met communicatie of met eten en drinken (NVLF 2003). De meeste patiënten komen bij de logopedist vanwege afasie (taalstoornis), dysartrie (spraakstoornis) en/of dysfagie (slikstoornis). Daarnaast kan de neurologische aandoening leiden tot een veelheid aan andere stoornissen waarvoor de fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog en vele andere disciplines contact zullen hebben met de patiënt.

Logopedie is een relatief 'jong' beroep in relatie tot geneeskunde en logopedisten hebben met veel minder richtlijnen te maken dan artsen. In 2001 is de richtlijn Beroerte door de Hartstichting ontwikkeld. Daarin werden voor het eerst aanbevelingen geformuleerd op het gebied van het domein van de logopedie. De laatst ontwikkelde monodisciplinaire richtlijn is de richtlijn Parkinson (Kalf 2008). Er worden wel steeds meer multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld waarin ook aanbevelingen staan op het terrein van de logopedie. De richtlijn Beroerte van de Vereniging voor Neurologie/CBO (2008) is daar een voorbeeld van.

Uit onderzoek van Zipoli & Kennedy (2005) blijkt dat logopedisten in het algemeen een positieve attitude hebben ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en EBP, maar dat ze hun klinische beslissingen meer laten leiden door traditionele (in dit onderzoek beschreven als 'klinische ervaring' en 'mening van collega's') dan door *evidence-based* informatie (wetenschappelijk onderzoek en klinische richtlijnen). Er is, voor zover bekend, niet eerder onderzoek gedaan naar hoe logopedisten richtlijnen ervaren en gebruiken in hun dagelijks handelen.

Deze casus biedt de mogelijkheid te onderzoeken of de spanning tussen richtlijnen en professionele autonomie zoals die in de literatuur wordt beschreven ook voorkomt bij een jonge beroepsgroep als logopedisten. Daarnaast is het interessant na te gaan hoe logopedisten richtlijnen beoordelen in relatie tot de vrijheid van handelen in de dagelijkse praktijk.

1.1 Doelstelling van dit onderzoek

Logopedie als paramedische beroepsgroep is een relatief jong beroep. Doordat de richtlijnontwikkeling nog in de kinderschoenen staat hebben logopedisten weinig ervaring in

het rekening houden met richtlijnen in hun handelen en zijn er (nog) geen tradities ontstaan in hoe om te gaan met richtlijnen.

De multidisciplinaire richtlijnen Beroerte van de Hartstichting (2001) en van de Vereniging voor neurologie/CBO (2008) en de monodisciplinaire richtlijn Logopedie bij de Ziekte van Parkinson (Kalf 2008) bevatten aanbevelingen gericht op het handelen van klinische werkende logopedisten (werkzaam in ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis).

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe logopedisten richtlijnen ervaren, enerzijds vanuit de invalshoek van professionalisering, anderzijds vanuit de invalshoek van de dagelijkse werkpraktijk van de logopedist die werkzaam is in een revalidatiecentrum.

De probleemstelling van dit onderzoek is 'wat is de relatie tussen richtlijnen en de professionalisering van logopedisten en tussen richtlijnen en goede zorg in de logopedische praktijk'.

Er zijn vier deelvragen geformuleerd waarin deze probleemstelling wordt geconcretiseerd.

Vraag één en twee worden beantwoord vanuit de literatuur:

1. wat is de relatie tussen richtlijnen en de dagelijkse klinische praktijk, gezien vanuit de klassieke opvattingen volgens de *sociology of professions*?
2. wat is de relatie tussen richtlijnen en de dagelijkse klinische praktijk, gezien vanuit de *sociology of disease*?

Vraag drie en vier worden beantwoord vanuit de empirie:

3. hoe ervaren logopedisten de relatie tussen richtlijnen en hun professionele autonomie?
4. hoe gaan logopedisten om met de relatie tussen richtlijnen en vrijheid van handelen?

1.2 Leeswijzer

In het theoretisch kader wordt het thema van deze scriptie 'richtlijnen in de klinische praktijk' uitgewerkt op verschillende deelthema's. In paragraaf 2.1 wordt in vogelvlucht de historische achtergrond bij de ontwikkeling van richtlijnen in de medische praktijk geschetst. Hieruit komt al naar voren dat de relatie tussen richtlijnen en professionele autonomie regelmatig tot discussie heeft geleid. In paragraaf 2.2 wordt ingegaan op professionalisering en professionele autonomie. Vanuit de visie van de *sociology of professions*, waarin machtsverhoudingen tussen professies centraal staan, worden richtlijnen opgevat als bedreiging van de professionele autonomie (Freidson 2001) maar ook wel als middel tot professionalisering van de beroepsgroep (Klazinga 1994, Berg et al. 2000). In paragraaf 2.3 komt aan de orde welke visies er zijn op de relatie tussen richtlijnen en goede zorg. De richtlijn, als onderdeel van Evidence Based Medicine, waarin het onderzoek via Randomised

Clinical Trials het hoogst gewaardeerd wordt, wordt door sommigen beschouwd als niet bijdragend aan goede zorg (Stoopendaal & Kröber 2006, Mol 2006), door anderen als onmisbaar voor goede zorg (Cabana et al. 1999, Timmermans & Mauck 2005). Vanuit de *sociology of disease* (Timmermans & Haas 2008) worden richtlijnen niet beoordeeld vanuit de wetenschappelijke stroming waar ze een exponent van zijn of als ‘machtsinstrument’, maar vanuit hoe ze bijdragen aan het ingewikkelde proces van het verbeteren van de gezondheid van een patiënt, een proces dat zich afspeelt in zorgorganisaties en waar patiënt, zorgverleners, managers, richtlijnen, geld enz. een rol in spelen. In paragraaf 2.4 worden de thema’s richtlijnen, professionele autonomie en goede zorg in verband gebracht met logopedie.

In hoofdstuk 3 worden de methoden van onderzoek toegelicht. Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd; bij acht logopedisten die werkzaam zijn in revalidatiecentra is een semigestructureerd interview afgenomen. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek naar het gebruik van richtlijnen in de klinische logopedische praktijk geanalyseerd. In de resultaten is een ordening aangebracht: achtereenvolgens komt aan de orde wat de algemene attitude van de geïnterviewden is ten aanzien van richtlijnen, daarna wordt ingegaan op twee specifieke aanbevelingen waar logopedisten mee te maken hebben, en als laatste wordt besproken hoe wordt omgegaan met een aantal inhoudelijke aanbevelingen. In hoofdstuk 5 volgt de discussie en conclusie en worden de beperkingen van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 6 volgen aanbevelingen.

2. Theoretische verkenning rond het thema ‘richtlijnen en de klinische praktijk’

Kijkend naar de historische ontwikkeling van richtlijnen wordt al duidelijk dat deze leiden tot voor- en tegenstanders. Richtlijnen worden gemaakt door professionals en hebben invloed op de leden van de professie, de professionals. Ze dragen bij aan de ontwikkeling van de professie, scheppen kaders en leiden tot discussie over de invloed die ze hebben op de professionele autonomie.

Achtereenvolgens wordt de historische ontwikkeling van richtlijnen besproken, de relatie met professionele autonomie en met goede zorg.

2.1 Historische achtergrond bij ontwikkeling van richtlijnen in relatie tot professionalisme

Als de aanname zou kloppen dat medische kennis en de medische conditie van de patiënt zouden bepalen welke behandeling een patiënt zou krijgen, zouden patiënten die op dezelfde dag met dezelfde ziektebeelden naar verschillende artsen zouden gaan, dezelfde behandeling krijgen, onafhankelijk van de arts die ze zou behandelen of het ziekenhuis waar ze zouden verblijven. Maar zo is de werkelijkheid niet. Uit onderzoek van Wennberg & Gittelsohn (1973) blijkt dat patiënten met dezelfde aandoening in één en dezelfde regio (*New England*) van de Verenigde Staten een andere behandeling krijgen. Deze variatie in handelen hangt samen met ‘professionele onzekerheid’; als bij een medisch probleem duidelijk wetenschappelijke consensus bestaat over de aanpak is er minder onzekerheid over de te volgen behandeling en is er minder ruimte voor de inbreng van eigen voorkeur van de arts in de keuze van behandeling (ibid.). Volgens Wennberg (1984) geeft professionele onzekerheid meer gelegenheid tot eigen inbreng van de arts en zal grotere variatie in het handelen tussen artsen ontstaan. Daarnaast speelt de eigen voorkeur van artsen voor een bepaalde aanpak en de voorkeur van hun patiënten een rol in de keuze van aanpak. Regelmatig worden hierdoor behandelingen uitgevoerd die minder effectief zijn dan mogelijk is en die duurder zijn dan nodig is. Wennberg (ibid.) houdt de *personal style factor* van artsen hiervoor verantwoordelijk. Toename van standaardisering door middel van literatuuronderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van veel gebruikelijke therapeutische interventies zou volgens hem kunnen leiden tot reductie van variatie in zorgpraktijken en tot beperking van de kosten in de zorg.

Ook Weisz et al. (2007) noemen in hun uitgebreide historische overzicht bovengenoemde factoren als aanleiding voor de ontwikkeling van richtlijnen. Uit dit overzicht komt een interessante samenhang tussen standaardisering en de professionalisering van de medische beroepsgroep naar voren. Eind 19^{de} eeuw, begin 20^{ste} eeuw werd de arts geacht zich aan

minimale afspraken te houden om in ruil daarvoor lid te mogen zijn van een beroepsgroep. Na de eerste wereldoorlog tot ruim in de 20^{ste} eeuw was er sprake van standaardisering doordat de beroepsgroep zelf scholing aanbood in nieuwe medische ontwikkelingen. Deze vorm van *expert counseling* ging langzaam over in het ontwikkelen van informele richtlijnen om artsen in staat te stellen de enorme toename aan kennis, die voor één individu niet meer te beoordelen waren, te kunnen toepassen in hun handelen. Deze richtlijnen leidden tot weerstand. De morele druk van collectief (door de beroepsgroep zelf) ontwikkelde richtlijnen werd door vele artsen als een inbreuk op hun individuele vrijheid van medisch handelen ervaren. Richtlijnen bleken de professionele autonomie onder druk te zetten; de zogenaamde kookboekgeneeskunde leidde tot weerstand bij degenen die dit beschouwden als inperking van de vrijheid van handelen (Weisz et al. 2007).

Een volgende stap was de *Evidence Based Medicine*-beweging, oorspronkelijk bedoeld om artsen te leren literatuur kritisch te beoordelen (Sackett & Rosenberg 1995). Deze ontwikkeling leidde tot de *Cochrane Collaboration* (1992) die *reviews* publiceert en samenvat in de vorm van eenvoudige richtlijnen; gebruiksvriendelijk om het gedrag van artsen te beïnvloeden. Deze *reviews* leidden tot negatieve reacties vanwege de afwezigheid van klinisch oordeel. Dat was bijvoorbeeld aan de orde toen *Randomised Clinical Trials* (RCT) leidend werden bij het evalueren van therapieën en bij het bepalen van 'best practice', waardoor therapie waarvan het effect niet was bewezen door RCT's, werd beschouwd als afwijkende therapie.

Ondanks de kritische kanttekeningen van professionals is de ontwikkeling en het gebruik van richtlijnen een niet meer weg te denken onderdeel van de gezondheidszorg. Elke dag worden vele klinische beslissingen beïnvloed door richtlijnen. Woolf et al. (1999) benoemen als voordelen van richtlijnen onder andere dat ze de kwaliteit van klinische beslissingen kunnen verbeteren doordat ze onzekere zorgverleners goede informatie geven, nieuwe ontwikkelingen bekend maken bij artsen die 'ouderwetse' handelwijzen praktiseren, bijdragen aan de consistente toepassing van interventies en zorgverleners bevestigen in de juistheid van hun handelen. Maar ook de nadelen zijn niet onaanzienlijk: als de onderliggende wetenschappelijke informatie onjuist of onvolledig is, kan de richtlijn een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van zorg. De richtlijn kan leiden tot niet-effectieve, schadelijke of verspillende interventies. Zorgverleners vinden de aanbevelingen vaak ongemakkelijk en tijdverspillend. Richtlijnen vanuit verschillende organisaties kunnen conflicterende aanbevelingen geven die leiden tot frustratie bij zorgverleners. Gedateerde richtlijnen leiden tot voortzetten van ouderwetse interventies. Woolf et al. (1999) concluderen dat de attitude van zorgprofessionals ten aanzien van richtlijnen samenhangt met wie de richtlijn ontwikkeld heeft. Richtlijnen die zijn ontwikkeld in opdracht van beleidsmakers met als doel bijvoorbeeld de beperking van de toename van zorgkosten, kunnen worden opgevat als een beperking

van de professionele autonomie. Richtlijnen van een specifieke groep zorgverleners met aanbevelingen voor een groep die niet is betrokken bij de ontwikkeling bevat onvoldoende expertise. Richtlijnen die rigide zijn met inflexibele aanbevelingen zijn (daardoor) populair bij managers, maar worden niet geaccepteerd door artsen die hun praktijk als veel complexer beoordelen dan in de richtlijn wordt aangegeven (ibid.).

Berg (1997; 1083) waarschuwt voor een visie waarin een richtlijn wordt gezien als een rigide instrument en waarin de zorgverlener een voornamelijk rationeel functionerend individu is. In die visie wordt te weinig rekening gehouden met het feit dat ook zogenaamde feitelijke medische gegevens en harde criteria veranderlijk zijn; dan blijkt de hulpvraag van elke individuele patiënt, de beperkingen van de organisatie en tijdsdruk een veel grotere rol te spelen bij het handelen dan wordt verondersteld in een formele, rationele opvatting over zorgverlening.

Zoals er vele opvattingen zijn over en onderzoek wordt gedaan naar 'wat, hoe en waarom' van richtlijnen, is er ook veel onderzoek naar welke factoren meespelen bij het ontwikkelen van richtlijnen. Moreira (2005) heeft onderzocht welke factoren van invloed zijn op het proces van richtlijnontwikkeling. Hij onderscheidt vier manieren van argumentatie die ontwikkelgroepen hanteren bij het beoordelen van bepaalde onderzoeksresultaten in het licht van het formuleren van klinische aanbevelingen: de wetenschappelijke kracht van de onderzoeksresultaten, de bruikbaarheid van de aanbevelingen in de klinische praktijk, de 'politieke' gevolgen van het gebruik van de aanbevelingen in de praktijk en de kwaliteit van het methodologische proces dat de ontwikkelgroep heeft gevolgd bij het ontwikkelen van de aanbevelingen. Moreira (2005) benoemt deze argumentaties als repertoires: het *repertoire of science*, *repertoire of practice*, *repertoire of politics* en *repertoire of process*.

2.2 Richtlijnen en professionele autonomie

In de literatuur over professionalisering wordt vaak uitgegaan van de klassieke professies: arts en advocaat. Wilensky (1964) beschrijft hoe de ontwikkeling die deze klassieke professies hebben doorgemaakt terug te zien is in de ontwikkeling van 'nieuwe' professies. Hij beschrijft een aantal fases in die ontwikkeling: het betreft werk dat zoveel voorkomt dat de behoefte bestaat aan een vorm van scholing van mensen die het werk kunnen gaan doen. Vervolgens gaat een groep voorlopers in het beroep over tot samenwerking en het vormen van een beroepsvereniging ter bepaling van de inhoud van de scholing, de precieze omschrijving van de beroepsinhoud en de mogelijkheden tot kwaliteitsbewaking. Er wordt bepaald wat het beroepsdomein is en in de laatste fase ontstaat een ethische code zodat interne competitie kan worden voorkomen, ongekwalificeerd handelen kan worden bestraft en cliënten kunnen worden beschermd tegen onjuist handelen. Beroepen die deze stappen doorlopen hebben en professies genoemd worden, kenmerken zich door een grote vorm van

autonomie. Stevens et al. (2007) brengen een verfijning aan in deze visie op professionalisering. Uit hun onderzoek blijkt dat meer gevestigde professies (oogartsen, huisartsen) een sterker besef van exclusiviteit van expertise hebben dan jonge professies (opticiens, optometristen) en dat idiosyncratische expertise meer aanwezig is bij leden van jonge professies dan bij die van gevestigde professies, waar gezamenlijke expertise meer voorkomt. Gevestigde professies zijn zich meer bewust van de bij de professie behorende *body of knowledge and skills* en daardoor beter in staat de grenzen van hun vakdomein aan te geven en te beschermen. De status en autonomie van deze gevestigde professies zijn dan ook groter (Stevens et al. 2007). Wilensky (1964) ziet een mogelijke bedreiging van deze autonomie door de toename van bureaucratie en van consument-georiënteerdheid. Ook Freidson (2001) is beducht voor de bedreiging van de autonomie van de ware professional. Zijn beschrijving van de vijf kenmerken van een ideaal-typisch model van een professie komt voor een deel overeen met wat Wilensky (1964) beschreef als typerende stappen in de ontwikkeling van een professie, hoewel hij specifiek is. Het eerste kenmerk van een professie is dat er sprake moet zijn van een '*body of knowledge and skills*', gebaseerd op abstracte theorieën en concepten – waarmee duidelijk wordt dat de professional een 'kenniswerker' is -. Het tweede kenmerk is dat er sprake moet zijn van een te onderscheiden beroepsdomein dat gerelateerd is aan een specifiek deel van de arbeidsmarkt die je – derde kenmerk – alleen mag betreden als je bepaalde kwalificaties bezit. Het vierde kenmerk is dat er een specifieke opleiding moet zijn, losstaand van de beroepsuitoefening, waarin nieuwe kennis kan worden gegenereerd. Het vijfde kenmerk is dat de professional een bepaalde toewijding tot het werk heeft die voor hem van méér waarde is dan de puur economische waarde. Ook Freidson (2001) hecht zeer aan de professionele autonomie en ziet elke vorm van verantwoording afleggen over de inhoud van het werk als een bedreiging van de professionaliteit. Hij betoogt dat *professionalism* bedreigd kan worden als *managerialism en consumerism* te veel invloed krijgen.

Uit het historische overzicht van Weisz et al. (2007) blijkt continu de tweespalt in de beroepsgroep ten aanzien van richtlijnen. Timmermans & Mauck (2005) verklaren deze tweespalt vanuit het perspectief van de sociologie van professies. Het subject van de sociologie van professies is het machtsverschil tussen verschillende groepen. Vanuit de visie van Freidson (2001) zal de professional met wantrouwen kijken naar instrumenten die de invloed van *managerialism* en *consumerism* vergroten. Richtlijnen geven macht aan de manager en de patiënt en verminderen de macht van de professional. Om dit te voorkomen zal de professional zijn professionele autonomie koesteren. De professionele dominantie die hiervan het gevolg is, wordt bekritiseerd door Light (2000). Hij beschrijft de noodzaak aan tegenkrachten ter voorkoming van een machtspositie van de professional. Ook hier is de

aanname dat tussen professies de machtsverdeling steeds aan de orde is. Deze visie is ook herkenbaar in literatuur over professionele autonomie: Berg et al. (2000; 766) beschrijft als mogelijk gevaar van richtlijnen het feit dat ze een directe inbreuk doen op de *jurisdiction* van de professional en dat het een bureaucratisch instrument is dat opdraagt wát te doen op welk moment met welke middelen en welk doel. Timmermans & Mauck (2005) beschrijven dat er voorstanders van richtlijnen zijn die deze zien als een oplossing voor het probleem van de praktijkvariatie. In deze visie zijn richtlijnen ‘van artsen voor artsen’ noodzakelijk voor de geloofwaardigheid van de geneeskunde omdat een eigen *body of knowledge and skills* de kern is van professionaliteit. Tegenstanders zijn beducht voor de transparantie van richtlijnen, gezien vanuit het gegeven dat een arts onderdeel is van een systeem van *countervailing powers* (Light 2000). Als richtlijnen gebruikt worden door niet-professionals kunnen de medisch-professionele belangen geschaad worden. Door het vrijgeven van de geheimen van de beroepsgroep kan een zekere ‘deprofessionalisering’ van de geneeskunst ontstaan.

Ook Berg et al. (2000) onderkennen de moeilijke relatie tussen richtlijnen en professionaliteit. Enerzijds leveren richtlijnen een bijdrage aan de herkenbaarheid, status en het zelfrespect van de professie, anderzijds is er altijd aandacht voor de gevaarlijke invloed van richtlijnen op de status van zorgprofessionals. Berg et al. (2000) beschrijven deze spanning als volgt: dezelfde activiteiten die het wetenschappelijke imago van een professie verbeteren, leiden tot vermindering van de professionele autonomie en de instrumenten die een bijdrage leveren aan de transparantie van het klinisch redeneren van de professional maken dat proces tegelijk ook kwetsbaar voor bemoeienis door buitenstaanders. In hun onderzoek naar de invloed van richtlijnen op de status van verzekeringsartsen in Nederland, een beroepsgroep die in de medische hiërarchie in laag aanzien staat, blijkt echter dat slechts weinig artsen last hebben van de gevaren van richtlijnen, noch van de beperkende invloed van standaardisering. Reden hiervoor kan zijn dat de richtlijn inderdaad wordt gezien als statusverhogend. Daarnaast komen de aanbevelingen in de richtlijn meestal overeen met wat al gebeurt in de dagelijkse praktijk. Bovendien vinden de verzekeringsartsen dat de richtlijn geen afbreuk doet aan de kwalificatie dat hun werk complex is: de richtlijn bevestigt de complexiteit van de beslisprocessen, doet een beroep op specifieke kennis en vaardigheden en geeft ruimte voor eigen professionele keuzes en beslissingen. Deze artsen beschouwen de richtlijn meer als een hulpmiddel dan als een beperking.

2.3 Richtlijnen en goede zorg

Een van de moeilijke punten in het kader van professionele autonomie en richtlijnen heeft te maken met het idee dat het typisch kenmerkende van een goede arts-patiënt relatie niet wordt teruggevonden in richtlijnen, zelfs niet teruggevonden kán worden in richtlijnen. Dit is

een gevolg van het feit dat in richtlijnen wordt uitgegaan van de kenmerken van Evidence Based Medicine, waarbij wetenschappelijk onderzoek dat is gebaseerd op RCT's de hoogste waarde heeft.

Stoopendaal en Kröber (2006) signaleren frictie tussen goede zorg en richtlijnen. Zij betogen dat de strakke kaders van doelen en middelen die het gevolg zijn van richtlijnen en protocollen een beperkende invloed uitoefenen op 'presentie'. Presentie is een concept dat is beschreven door Baart (2004). Het verwijst naar

een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw (www.presentie.nl).

Zij vinden dat de bevelstructuur van protocollen de professionals de kans ontnemt om zelf na te denken en de afwegingen te maken die hun handelen moeten sturen. De voorschriften hollen het echte vakmanschap uit, terwijl ze zijn bedoeld om professionals te steunen in hun werk (Stoopendaal & Kröber 2006). Goede zorg voldoet, binnen het kader van presentie, aan de volgende voorwaarden:

- Het accent van de zorg is gericht op dienstverlening en de zorg is betrokken en relationeel.
- De dienstverlening is niet alleen gericht op interventie en verhelpbaarheid maar ook op het bijstaan bij problemen die niet te verhelpen zijn.
- Er is aandacht voor het hele bestaan; niet alleen voor ellende maar ook voor vreugde, trots en eigenwaarde.

Ook Smeijsters (2006) vindt dat EBM en goede zorg moeilijk samengaan. Volgens hem geeft de uitkomst van een RCT geen inzicht in de wijze waarop het proces tussen hulpverlener en cliënt verloopt, en in wat er zich werkelijk afspeelt. Niet alles wat te meten is, is belangrijk, en niet alles wat een belangrijk resultaat oplevert, is meetbaar. Smeijsters (2006) vindt dat de uitkomst van een RCT het effect van hulpverlening slechts ten dele kan weergeven omdat veel cruciale factoren buiten beschouwing blijven. Onvoorspelbare praktijksituaties vragen om denken en handelen op maat. In het belang van de cliënt moet de professional het recht opeisen om samen met de cliënt een visie op de behandeling te ontwikkelen en een behandeling uit te voeren die past bij diens individuele problematiek. Smeijsters (2006) citeert Hutschemakers (in Jansen 2005) die stelt dat de professional meer vrijheid moet durven nemen om een eigen aanpak te ontwikkelen, en dat de hamvraag is waar protocollen

het professionele handelen ondersteunen en waar ze aan dit handelen zijn eigenheid ontnemen.

Ook Mol (2006) hecht grote waarde aan het steeds unieke proces dat zich afspeelt tussen een zorgverlener en een patiënt. Volgens Mol (2006) hoort het bij goede zorg dat je rekening houdt met hoe patiënten hun ziekte ervaren. Zij beschrijft dat bij het bieden van zorg aan mensen met een chronische ziekte het doel niet kan zijn 'gezond worden' maar 'beter worden'. Hoe passen richtlijnen in deze opvatting? Als er twee behandelmethodes voor eenzelfde chronisch medisch probleem zijn waarbij de ene methode een gunstig effect heeft op de medische stoornis en de andere een gunstig effect op het functioneren met de ziekte, welke behandelmethode draagt dan bij aan goede zorg? Mol (2006) maakt duidelijk dat die vraag niet gemakkelijk te beantwoorden is. Voor- en nadelen van verschillende methoden moeten worden afgewogen in relatie tot wat van belang is in de specifieke context van de betreffende patiënt. Dit 'afwegen van voor- en nadelen van verschillende methoden' lijkt te impliceren dat er sprake is van een soort keuzemenu van behandelingen. Mol (2006) betoogt nu juist dat professionele zorg niet bestaat uit het volgen van een keuzemenu van richtlijnen, maar uit het in contact met de patiënt constant afwegen van acties, aanpassen, veranderen, tot 'het werkt'. Dit wikken en wegen, uitproberen en aanpassen is een kenmerk van goede zorg. Dit dagelijkse 'gepruts' is niet gerepresenteerd in wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een behandeling en komt dus (volgens Mol 2006) ook niet voor in richtlijnen. Dat betekent dat volgens Mol (2006) het uitvoeren van een richtlijn zonder deze aan te passen aan de omstandigheden van de cliënt, nooit goede zorg kan opleveren.

Bovenstaande onderzoekers vinden dat richtlijnen in meer of mindere mate het geven van goede zorg verhinderen. Waar Stoopendaal & Kröber (2006) vinden dat richtlijnen een beperking vormen voor presentie (richtlijnen zijn gericht op 'iets doen', terwijl presentie zich richt op 'er zijn') en misschien zelfs goede zorg verhinderen, vindt Smeijsters (2006) dat de uitkomst van een RCT, i.c. een richtlijn, altijd slechts ten dele het effect van hulpverlening kan weergeven. Mol (2006) stelt dat het uitvoeren van een richtlijn, zonder deze aan te passen aan de omstandigheden van de cliënt, nooit goede zorg kan opleveren. Deze onderzoekers bezien de bijdrage van *Evidence Based Medicine* aan het leveren van goede zorg met de nodige reserves. Deze reserve ten aanzien van richtlijnen kan volgens Light (2000) ontaarden in *professional dominance*; de monopoliepositie van de professional waarin geen controle meer mogelijk is op diens gedrag. Volgens Light (2000) zijn er tegenkrachten nodig om dit te voorkomen; richtlijnen zijn juist een instrument om die tegenkrachten vorm te geven.

Waar de visie van Stoopendaal & Kröber (2006) opgevat kan worden als 'richtlijnen verhinderen goede zorg', is het uitgangspunt van Cabana et al. (1999): zonder richtlijnen

geen goede zorg. Zij gaan in hun *review* op zoek naar de redenen van het niet gebruiken van richtlijnen door artsen. Het blijkt dan dat factoren op gebied van kennis, attitude en gedrag van de arts meespelen bij de *adherence* van de arts. Cabana et al. (1999) zijn van mening dat het grote scala aan barrières die artsen ervaren ten aanzien van het volgen van richtlijnen, het succes van interventies die gericht zijn op het vergroten van de *adherence*, in de weg staan. Zij zijn van mening dat als de arts 'verandert', dat dan het beoogde doel (toepassen van richtlijnen) kan worden behaald. Ook Timmermans & Mauck (2005) onderzoeken het opvolgen van richtlijnen. Uit hun onderzoek blijkt dat een richtlijn voor de behandeling van astma beperkt wordt opgevolgd, ondanks bewezen positief effect op de gezondheid. Zij verklaren deze slechte *adherence* uit het feit dat de aanname die onder richtlijnen ligt ('artsen zullen een aanbeveling die is gebaseerd op pure wetenschap altijd opvolgen') voorbij gaat aan een kernkenmerk van professionaliteit: autonomie en discretie bij het professionele handelen. Timmermans & Mauck (2005) concluderen dat professionals richtlijnen meer zien als optie dan als standaard. Het opvolgen van de richtlijn hangt af van de 'fit' tussen de standaard en de visie van de professional over wat past in de gegeven situatie.

Berg (1997) waarschuwt voor *the illusion of the single answer*, de aanname dat het kennen van de juiste feiten als vanzelf leidt tot de beste actie. In deze visie is de medische praktijk een puur rationele aangelegenheid. Afwijkingen van 'de beste actie' (variatie) ontstaan dan slechts bij gebrek aan goede informatie. Maar volgens Berg (1997) is de variatie die het gevolg is van alle verschillende aspecten die in de klinische praktijk aan de orde zijn juist de weergave van, het kenmerk van het werk van de zorgprofessional. Daarnaast is 'het enige juiste antwoord' een illusie vanwege de aanname dat er maar één rationaliteit is. Berg citeert De Bont (1994) die betoogt dat er niet slechts één manier is om het werk van een goede zorgprofessional te typeren. De ene keer stelt de zorgverlener, in de rol van 'verdediger' van de belangen van de patiënt, de wensen van de patiënt centraal, de andere keer, in de rol van lid van de maatschappij, houdt hij rekening met bijvoorbeeld de kosten van een behandeling. Zorgverleners kiezen verschillende invalshoeken als uitgangspunt voor hun beslissingen; welke invalshoek op de voorgrond staat, is afhankelijk van de aard van het probleem en kenmerken van de situatie.

Waar Cabana et al. (1999) van mening zijn dat richtlijnen moeten worden opgevolgd, en dat dat als vanzelf zal gebeuren als bepaalde barrières zijn weggenomen, is de conclusie van Timmermans & Mauck (2005) en Berg (1997) dat de professional op basis van eigen professionele handelen zal bepalen of hij een richtlijn in een gegeven situatie toepast.

Vanuit de *sociology of disease* is niet macht het subject van onderzoek, maar de 'relatie' tussen sociaal leven en ziekte (Timmermans & Haas 2008). Vanuit deze invalshoek zou een

professional richtlijnen kunnen waarderen vanuit de bijdrage die ze leveren aan het doel van gezondheidszorg, namelijk het verminderen van het lijden van iemand die een ziekte heeft. Deze waardering vindt plaats vanuit de professionele autonomie van de professional, zijnde de *body of knowledge and skills* die bij deze professie hoort. Macht speelt vanuit deze invalshoek een veel minder grote rol. Een richtlijn wordt dan positief gewaardeerd als deze volgens de kennis van de professional bij kan dragen aan het behalen van het doel; er is geen belemmering om deze richtlijn 'te delen' met anderen die hetzelfde doel nastreven. Het machtsonderscheid is dan niet meer van toepassing.

Timmermans en Haas (2008) betogen in hun artikel over '*sociology of disease*' dat sociologen die onderzoek doen in de medische wereld in het verleden zich te weinig bewust zijn geweest van het belang van de ziekte zelf in de sociale relaties en processen die ze onderzochten (661, 662) en dat er te weinig aandacht is geweest voor de kern, het subject van de sociale interactie in de medisch wereld, namelijk het verminderen van het lijden dat het gevolg is van het hebben van een ziekte. Ze citeren het werk van Mol (2002) die beschrijft hoe in een ziekenhuis elke betrokkene bij de ziekte atherosclerose op zijn eigen manier betekenis geeft aan de ziekte. Dit totaal aan betekenissen, dat soms overlapt maar vaak ook niet, vormt de beleving van de ziekte. Deze diversiteit in betekenissen leidt niet tot fragmentatie; de ziekte zelf coördineert als het ware de mensen, objecten en acties. Mol (2002) onderzoekt dus hoe een ziekte beleefd wordt door allerlei betrokkenen en welke acties erdoor ontstaan. Een sociologische benadering om ziekte te onderzoeken kan dus zijn om te focussen op de praktijk en te onderzoeken hoe bepaalde diagnostische categorieën leiden tot specifieke acties. Onder een praktijk wordt hier verstaan het actuele, steeds opnieuw door de context bepaalde proces van het uitvoeren van taken, samenwerken en het bewerkstellingen van verandering. Het onderzoek richt zich op het praktijkproces: wie doet wat, wanneer, waar en met welk gevolg.

Concluderend kan gesteld worden dat er zeer diverse opvattingen zijn over de relatie tussen richtlijnen en goede zorg, met enerzijds de visie van Stoopendaal & Kröber (2006) en Mol (2006) die stellen dat het gebruik van richtlijnen goede zorg in de weg staat of zelfs verhindert, anderzijds de visie van Cabana et al. (1999) die stelt dat zonder richtlijnen geen goede zorg mogelijk is. Volgens Timmermans & Haas (2008) is een richtlijn één van de factoren die een rol spelen in het complexe proces dat zich afspeelt in de praktijk van de zorg voor een patiënt, de persoon die lijdt aan een ziekte en die behoefte heeft aan zorg.

2.4 Logopedie en richtlijnen

De literatuur over de relatie tussen richtlijnen, professionele autonomie en goede zorg is voornamelijk gebaseerd op onderzoek bij artsen. De medische beroepsgroep is een van de

oudste professies en deze heeft al heel lang te maken met standaardisering. Deze lange traditie laat vele manieren van 'omgaan met richtlijnen' zien (Weisz et al. 2007). 'Jongere' beroepsgroepen hebben deze traditie niet kunnen ontwikkelen (Stevens et al. 2007). Het is interessant om aandacht te besteden aan de vraag hoe de leden van een 'jongere' beroepsgroep zich verhouden tot richtlijnen.

Logopedie is een paramedisch beroep. De paramedische beroepen verkeren in een tamelijk vroeg stadium van professionalisering, maar hebben wel de stappen van ontwikkeling doorlopen die Wilensky (1964) beschrijft en ze bezitten de kenmerken van een professie zoals door Freidson (2001) beschreven. Echter, de kennis waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, is nog weinig geëxpliciteerd en getoetst (Kuiper & Balm 2001). Veel dagelijks voorkomende klinische vragen zijn nog niet te beantwoorden op basis van wetenschappelijk bewijs. In 2006 is door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) een Commissie Richtlijnen ingesteld die tot doel heeft de ontwikkeling en implementatie van monodisciplinaire logopedische richtlijnen te stimuleren. Desondanks zijn er pas ongeveer 25 (Nederlandstalige en internationale) multidisciplinaire richtlijnen waarin logopedie participeert en slechts één monodisciplinaire Nederlandstalige richtlijn (De Beer 2008). Volgens Freidson (2001) kunnen richtlijnen worden gezien als een bedreiging van de professionele autonomie: ze verminderen de macht van de professional en geven meer macht aan managers en patiënten. Aangezien ook logopedisten voldoen aan de kenmerken van een professie, zouden ook logopedisten kunnen ervaren dat hun professionele autonomie bedreigd wordt door richtlijnen.

Uit onderzoek van Stevens et al. (2007) blijkt dat leden van gevestigde professies een sterker gevoel van exclusiviteit en van collectieve expertise ervaren, samengaan met een groter besef van professionele autonomie, dan het geval is bij jongere professies, waarbij idiosyncratische expertise meer aanwezig is. Logopedie is een jonge professie, en bovendien een professie waarin vele 'subculturen' bestaan. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie kent een structuur met drie secties, Gezondheidszorg, Onderwijs en Vrije Vestiging (www.nvlf.nl) die kunnen worden gezien als drie subculturen. Daarnaast voelen veel logopedisten zich gespecialiseerd in een van de 'vakgebieden' van de logopedie (stem, spraak, taal, gehoor). Vrijwel elke logopedist is deel van één van deze subgroepen. Stevens et al. (2007) beschrijven dat elke professional over een mix van collectieve en idiosyncratische expertise beschikt, een mix van 'mijn professie' en 'mijn eigen ervaring', en dat leden van een jongere professie een minder sterk besef van collectieve expertise hebben. Dit zou samengaan met een minder sterk ontwikkelde professionele autonomie

(ibid.). In relatie tot logopedie zou dit kunnen betekenen dat logopedisten richtlijnen minder dan artsen ervaren als beperkend voor hun professionele autonomie.

Door het ontwikkelen van een richtlijn toont de professie aan buitenstaanders dat ze haar taak serieus neemt (Klazinga 1994). In de casus van de verzekeringsartsen (Berg et al. 2000) worden richtlijnen gezien als een middel om de professionele status te verhogen. In genoemde casus worden richtlijnen positief beoordeeld als ze goed *matchen* met de dagelijkse praktijk en als ze ruimte laten voor eigen interpretatie en oordeel, die specifieke kennis en vaardigheden veronderstellen (ibid.). De richtlijn bevestigt als het ware de complexiteit van het beslisproces en concretiseert de *body of knowledge and skills* die de basis vormt van het professionaliseringsproces. Daarmee levert de richtlijn een bijdrage aan dit proces. Timmermans en Mauck (2005) beschrijven hoe de beleving van de professionele autonomie leidend is bij de waardering van richtlijnen. Richtlijnen worden positief gewaardeerd vanuit het idee dat ze de *body of knowledge and skills* van de professie versterken. Ook logopedisten kunnen richtlijnen zo ervaren.

Kuiper (2001) beschrijft dat binnen de paramedische beroepswaarden een verschuiving te zien is van 'een deskundig paramedicus, dat wil zeggen medisch goed onderlegd' naar 'een passende samenwerking tussen cliënt en therapeut in de behandeling'. Deze verschuiving geeft aan dat cliëntgerichtheid (het betekenisvol handelen voor de cliënt centraal stellen) als waarde aan belangrijkheid heeft gewonnen. In het paramedisch handelen ontstaat steeds meer aandacht voor de vraag hoe patiënten met een ziekte hun leven leiden. Hoe past de logopedist die goede logopedische zorg wil leveren de gegevens uit wetenschappelijk onderzoek in in het dagelijks handelen?

Het feit dat er nog relatief weinig wetenschappelijk opgeleide logopedisten in Nederland zijn, is waarschijnlijk een reden voor het geringe aantal monodisciplinaire logopedische richtlijnen. Ditzelfde feit kan ook een rol spelen bij het ontwikkelen van een attitude ten aanzien van de relatie tussen richtlijnen en goede zorg: een jonge beroepsgroep met relatief weinig wetenschappelijk geschoolde leden en weinig (monodisciplinaire) richtlijnen heeft misschien minder sterk de neiging richtlijnen bij voorbaat af te wijzen in relatie tot goede zorg (Mol 2006). Ook het feit dat er voornamelijk sprake is van multidisciplinaire richtlijnen die gelden voor meerdere disciplines in de organisatie kan bijdragen aan het idee dat de zorg positief wordt beïnvloed door het volgen van richtlijnen.

Het is interessant om bij de beroepsgroep logopedie, bij de 'subcultuur' van logopedisten die werkzaam zijn in revalidatiecentra, na te gaan welke afwegingen er worden gemaakt bij het

gebruik van richtlijnen in de organisatie en hoe de discussie over richtlijnen en goede zorg uitpakt.

3. Methoden van onderzoek

Het onderzoek was een kwalitatief onderzoek. Deze vorm van onderzoek is altijd interpretatief; men gaat ervan uit dat mensen betekenis geven aan hun eigen werkelijkheid waarbij de onderzoeker benieuwd is hoe respondenten de sociale situatie en praktijken interpreteren (Boeije 2008). Het doel van deze studie was het in kaart brengen van gedachten en gevoelens van een bepaalde groep mensen in een specifieke context, i.c. logopedisten werkzaam in een revalidatiesetting. Het betreft een beschrijving van situaties en een exploratie van de betekeniswereld achter processen, gedragingen, gevoelens en ervaringen. Deze situatiebeschrijving en exploratie van gedrag kon het beste worden uitgevoerd via kwalitatief onderzoek.

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij acht logopedisten, werkzaam in revalidatiecentra op de afdelingen kliniek en/of polikliniek. De verwachting was dat al deze logopedisten richtlijnen gebruiken. Eén van de logopedisten uit de groep heeft deelgenomen aan de ontwikkeling van de richtlijn beroerte van het CBO (2008) en een andere logopedist heeft meegewerkt aan de ontwikkeling van de richtlijn Parkinson (2008). Een derde heeft als achterwacht gefungeerd bij de ontwikkeling van de richtlijn beroerte van de Hartstichting (2001). Door de onderzoeksgroep te beperken tot logopedisten die werken in dezelfde soort zorginstellingen was er geen 'interorganisatievariatie' en was de kans groter dat de resultaten de mening van deze subgroep binnen de logopedie weergeven.

Ik heb op informele wijze logopedisten uitgenodigd om mee te werken aan een interview, door ze een mail te sturen waarin ik kort aangaf in welk kader ik dit onderzoek doe, over welke onderwerpen ik met ze van gedachten wilde wisselen, hoe ik de gegevens zou verwerken en wat ik met de gegevens zou gaan doen. Ik heb negen logopedisten benaderd. Acht logopedisten hebben positief gereageerd op mijn verzoek om ze te mogen interviewen. Zij werken in vier verschillende revalidatiecentra in Nederland. Ik heb meerdere mensen uit één organisatie gesproken.

Drie logopedisten behandelen alleen patiënten die poliklinisch worden behandeld. Vier logopedisten behandelen zowel patiënten die in de kliniek verblijven als poliklinische patiënten; vaak zien zij hun klinische patiënten ook nog nadat deze naar huis zijn ontslagen. De logopedisten werken allemaal samen met minstens één collega logopedist in een vakgroep en ze maken allemaal deel uit van een multidisciplinair behandelteam. Eén logopedist werkt bij een afasieteam, een interdisciplinair werkend team (bestaand uit een

neurolinguïst, neuropsycholoog, logopedist/afasietherapeut) ten behoeve van diagnostiek, therapieadvies en evaluatie van patiënten met neurologische taal- en/of spraakproblemen.

Alle geïnterviewden zijn vrouw. Ze hebben hun diploma logopedie behaald tussen 1982 en 2004. Twee logopedisten hebben naast de opleiding logopedie ook de academische opleiding neurolinguïstiek gevolgd en zijn dus ook neurolinguïst, vier logopedisten hebben de Post-HBO-opleiding 'neurolinguïstische taal- en spraakstoornissen' gevolgd, één logopedist zit in de stuurgroep van deze opleiding. Deze vijf mogen zich logopedist/afasietherapeut noemen. Allen hebben ruime ervaring in het behandelen van patiënten in de revalidatiesetting.

Zes interviews hebben plaatsgevonden in de werkkamers van de logopedisten. Eén interview heeft bij mij thuis plaatsgevonden, een ander bij de logopedist thuis. Van elk interview heb ik, na toestemming, een audio-opname gemaakt met een *voicerecorder*. De interviews duurden gemiddeld 50 minuten. De logopedisten die ik heb geïnterviewd zijn allemaal meer of minder bekende collega's. Ik ken ze vanuit mijn werk als docent of als collega uit mijn eigen werkverleden als logopedist in de klinische setting.

Ik heb twee revalidatieartsen benaderd. Met één van hen heb ik een telefonisch interview gedaan. Zij is arts op de polikliniek van een revalidatiecentrum. In het multidisciplinaire team waar deze arts leiding aan geeft, werken twee logopedisten.

De audio-opnames van de interviews zijn uitgeschreven door een professionele secretaresse. In het kader van *member check* heb ik van elk interview op basis van de schriftelijke uitwerking in combinatie met de audio-opname een gespreksverslag gemaakt dat ik heb toegestuurd aan de geïnterviewden met het verzoek mij te laten weten of het verslag overeenkwam met hoe zij het gesprek ervaren hadden. In alle gevallen werd dit verslag gezien als een juiste interpretatie van het interview.

Bij de analyse van de gegevens is eerst open gecodeerd (Boeije 2008): uit vier interviews zijn de fragmenten gehaald die relevant leken voor het onderzoek. Toen bleek dat de lijst met onderwerpen die dit opleverde, compleet leek, is gezocht naar relaties tussen deze onderwerpen in het licht van de onderzoeksvragen. De hieruit naar voren komende thema's zijn gebruikt bij het analyseren van de volgende vier interviews.

Het interview met de revalidatiearts is gedaan vanwege de visie vanuit deze professie op de status van de logopedist in het revalidatiecentrum. De informatie die dit interview opleverde is vooral gebruikt bij de beantwoording van de deelvraag over de status.

Deze wijze van onderzoek heeft beperkingen. Ten eerste is de onderzoeksgroep geen doorsnede van de gehele beroepsgroep van logopedisten en de resultaten kunnen niet

gezien worden als geldend voor de hele groep. Dit is ook niet direct het doel van kwalitatief onderzoek. Het gaat er juist om gedachten en gevoelens van een bepaalde groep mensen in een specifieke context in kaart te brengen. Binnen de subgroep 'logopedisten werkzaam in een revalidatiesetting' zou er wellicht wel sprake kunnen zijn van overdraagbaarheid van de resultaten naar situaties die vergelijkbaar zijn met die van de onderzoeksgroep. Boeije (2008) geeft aan dat per 'veldsituatie' moet worden vastgesteld of deze vergelijkbaar is met de onderzoekssituatie. De tweede beperking is dat er sprake is van *selection bias*. Hoewel bij de keuze van de steekproef de enige inclusiecriteria bestonden uit het feit dat er sprake moest zijn van logopedisten, werkzaam in een revalidatiesetting, en betrokken bij het primaire proces van behandelen van patiënten, bleek dat de geïnterviewden vrijwel allemaal een gespecialiseerde vervolgopleiding hebben gevolgd. Dit kenmerk kan een gevolg zijn van het feit dat zich in mijn *peer group* relatief veel logopedisten bevinden die zijn gespecialiseerd in dit specifieke vakgebied van de logopedie. Dit kenmerk van de onderzoeksgroep kan de resultaten beïnvloeden: het zijn logopedisten die een specifieke interesse voor een bepaald deelgebied van de logopedie hebben waardoor hun visie op bepaalde onderwerpen kan worden gekleurd.

4. Richtlijnen in de logopedische praktijk

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Alle logopedisten zijn op de hoogte van het bestaan van de richtlijnen van de Hartstichting (2001), CBO (2008) en Parkinson¹ (Kalf et al. 2008). Slechts één logopedist gebruikt de Parkinsonrichtlijn in haar dagelijkse praktijk. De andere zeven zien nauwelijks patiënten uit deze doelgroep en zijn niet goed op de hoogte van de inhoud van deze richtlijn. Daarom wordt deze richtlijn nergens in dit hoofdstuk expliciet toegelicht, maar wordt er in de citaten soms wel naar verwezen.

In de verschillende richtlijnen wordt bij de adviezen (die soms richtlijnen en soms aanbevelingen worden genoemd) aangegeven welke bewijssterkte het onderzoek had waarop ze gebaseerd zijn. Het wetenschappelijk bewijs kan afkomstig zijn uit meta-analyses, (gerandomiseerde) klinische experimenten en vergelijkend onderzoek. Dit type onderzoek kan leiden tot een richtlijn/conclusie van niveau 1, 2 of 3. Indien wetenschappelijk bewijs onvoldoende of afwezig is, maar het betreffende onderwerp is naar de mening van deskundigen wel belangrijk voor opname in de richtlijn, wordt deze vermeld als een aanbeveling/conclusie van niveau 4.

De richtlijn van de Hartstichting dateert uit 2001. In enkele revalidatiecentra zijn de aanbevelingen uit die richtlijn al enkele jaren geleden besproken en ingevoerd.

Enkele aanbevelingen uit de richtlijn van de Hartstichting komen ook aan de orde in de interviews. De richtlijn bevat achttien aanbevelingen over diagnostiek en behandeling van communicatieproblemen en acht over diagnostiek en behandeling van slikproblemen:

- zes aanbevelingen gericht op diagnostiek van communicatieproblemen (één aanbeveling op niveau 2 die bepaalde testen aanbeveelt en vijf aanbevelingen op niveau 4 over diagnostische instrumenten en de wijze van diagnostiek).
- acht aanbevelingen gericht op de behandeling van communicatieproblemen (één aanbeveling van niveau 1 over de intensiteit-effect-relatie van afasietherapie, zes aanbevelingen van niveau 4 en één aanbevelingen van niveau 3). Deze aanbevelingen bevatten adviezen over de grote lijnen van de behandeling; er staan geen expliciete aanwijzingen in over gebruik van bepaalde therapiematerialen.
- acht aanbevelingen gericht op diagnostiek en behandeling van slikproblemen, waarvan één van niveau 2, vier aanbevelingen van niveau 3 en drie van niveau 4.

¹ Ten behoeve van de leesbaarheid zal in dit hoofdstuk 'resultaten' alleen op deze plaats de officiële verwijzing bij de richtlijnen worden vermeld. In het vervolg wordt gesproken over 'de Parkinsonrichtlijn', 'de richtlijn van het CBO' en 'de richtlijn van de Hartstichting'.

De richtlijn² van het CBO bevat drie aanbevelingen die zeer direct gerelateerd zijn aan logopedie. Eén over het optimale moment om te starten met afasietherapie, één over duur en frequentie van afasietherapie en één over de diagnostiek van slikstoornissen in de acute fase. Deze relatief nieuwe richtlijn is nog niet overal organisatiebreed besproken.

4.1 Algemene attitude ten aanzien van richtlijnen

Hoewel de richtlijnen van de Hartstichting en het CBO wel door alle geïnterviewden genoemd worden, blijkt dat het niet voor iedereen duidelijk is welke aanbevelingen er precies in staan. De richtlijnen zijn geen dagelijks geraadpleegde informatiebronnen. Uit de interviews wordt duidelijk dat een aantal aanbevelingen 'populairder' is dan andere. Met name de aanbevelingen uit de richtlijn van het CBO over de frequentie van afasietherapie en over het gebruik van de saturatiemeter worden vaak genoemd. De derde aanbeveling over het optimale moment om te starten met afasietherapie, wordt door niemand genoemd. Van de tweeëntwintig aanbevelingen uit de richtlijn van de Hartstichting worden er vijftien niet genoemd in de interviews.

Hoewel de meest genoemde aanbevelingen uit de richtlijn CBO gebaseerd zijn op conclusies van niveau 1 en 2, komt uit de interviews niet naar voren dat het niveau van de aanbevelingen sterk meespeelt in de praktijk. Het zou kunnen dat enkele aanbevelingen uit de richtlijn van de Hartstichting (inmiddels) bij de normale manier van werken zijn gaan horen, zoals bijvoorbeeld aanbeveling 100, niveau 4:

'De werkgroep is van mening dat voor de logopedische diagnostiek van fatische stoornissen de Akense Afasie Test het meest geschikte instrument is.'

Elke logopedist in een revalidatiecentrum gebruikt deze test inmiddels.

Een voorbeeld van een aanbeveling die door niemand genoemd wordt en zeer waarschijnlijk ook niet bij de dagelijkse manier van werken is gaan behoren is aanbeveling 103 (niveau 4), ook over diagnostiek van afasie:

'De werkgroep is van mening dat indien de logopedist adequate diagnostische mogelijkheden ontbeert, of zich geconfronteerd ziet met complexe taalstoornissen, hij dient door te verwijzen voor aanvullend taalonderzoek of neuropsychologisch onderzoek, bij voorkeur naar een interdisciplinair afasieteam.'

Een afasieteam is niet in elk revalidatiecentrum aanwezig. Het is wel mogelijk dat deze aanbeveling heeft bijgedragen aan het feit dat er inmiddels ongeveer tien afasieteams bestaan in Nederland. Voor zover bekend is het geen standaardwerkwijze dat elke

² De term 'richtlijn' wordt gebruikt zowel ter aanduiding van de volledige richtlijndocumenten als ter aanduiding van specifieke aanbevelingen in deze documenten.

afasiepatiënt met complexe taalproblematiek wordt doorverwezen voor onderzoek naar een centrum waar wel een afasieteam is. Deze aanbeveling vraagt zelfreflectie van de logopedist (kan ik deze patiënt wel goed genoeg onderzoeken?). Als de logopedist zou oordelen dat ze onvoldoende capabel is voor het onderzoek van een specifieke patiënt en aan de revalidatiearts een verwijzing vraagt naar een afasieteam, kán dat gevolgen hebben voor het aanzien van de logopedist in de organisatie en voor het vertrouwen dat de patiënt stelt in deze logopedist. Daarnaast kan de organisatie het doorverwijzen opvatten als een erkenning van een manco van het eigen zorgaanbod; het is niet zo gebruikelijk om een afasiepatiënt voor verder onderzoek naar de 'specialist' door te sturen vergeleken met het doorsturen van een patiënt met bijvoorbeeld hartfalen naar de cardioloog voor specialistische diagnostiek. Wellicht leidt uitvoering van deze aanbeveling tot zoveel 'politieke' gevolgen dat het geen populaire aanbeveling is en de aandacht ervoor niet groot is. Vanuit de visie van Moreira (2005) zou bij de ontwikkeling van deze aanbeveling het *repertoire of politics* een belangrijke rol hebben kunnen spelen. Het is immers niet een aanbeveling die uitgevoerd kan worden door de logopedist alléén; het zal een beslissing van de organisatie moeten zijn om een afasieteam in te stellen. Door dit in een richtlijn te noemen kan een organisatie die daar gevoelig voor is gestimuleerd worden. Daarnaast zal bij de ontwikkeling van de aanbeveling ook het *repertoire of practice* aan de orde zijn geweest, immers: iets aanbevelen dat nergens mogelijk is, maakt de aanbeveling niet uitvoerbaar.

Een ander voorbeeld van een niet genoemde aanbeveling is aanbeveling 105 (niveau 4):

‘De werkgroep is van mening dat elke patiënt met (het vermoeden van) taal- en communicatieproblemen na rechterhemisfeerlaesie logopedisch en/of neuropsychologisch onderzocht moet worden.’

Wellicht is een reden voor het niet noemen van deze aanbeveling het feit dat er geen genormeerd onderzoek beschikbaar is voor deze problematiek, en dat er ook geen effectieve therapie voor beschreven is. Het ontbreekt aan instrumenten om deze aanbeveling op professionele wijze op te volgen. Het feit dat er aanbeveling is voor deze problematiek, schept wel de mogelijkheid tot 'dokteren', het zelf bepalen wat passend is bij een specifieke patient. Bovendien zet het de problematiek 'op de kaart', wat kan leiden tot meer aandacht ervoor.

Het feit dat met de verschillende aanbevelingen op verschillende manieren wordt omgegaan, kan betekenen dat logopedisten de aanbevelingen als opties beschouwen, niet als standaard (Timmermans & Mauck 2005).

Eén logopedist geeft aan dat de aanbevelingen uit de richtlijn van de Hartstichting al enkele jaren geleden in het multidisciplinaire team zijn besproken en, indien van belang geacht, in

behandelprogramma's zijn verwerkt en op die manier geïmplementeerd. Echter ook in deze uitspraak komt naar voren dat het team heeft bepaald welke aanbevelingen van belang werden geacht, dus ook hier is een optionele component aanwezig in de omgang met richtlijnen.

Eén logopedist geeft aan dat een team van professionals in de kliniek van het revalidatiecentrum specifiek tot taak heeft om de verschillende disciplines te wijzen op de aanbevelingen uit de richtlijn van het CBO en hen aan te manen deze aanbevelingen op te volgen. Dit leidt tot spanning bij een aanbeveling waar zij zelf niet achter staat. Echter bij een andere aanbeveling toont het management niet dat het 'meegaat' en gebruikt de logopedist de aanbeveling juist om zelf iets voor elkaar te krijgen.

Uit de interviews blijkt dat logopedisten in de revalidatiesetting richtlijnen op diverse manieren beschouwen. Ze worden bijvoorbeeld opgevat als een handig hulpmiddel om op de hoogte te blijven van wat er in wetenschappelijk onderzoek wordt gevonden.

A: dan is het wel heel fijn als er een overkoepelende instantie is die de literatuur bijhoudt en de onderzoeken, wat er wetenschappelijk bewezen is en of het evidence based is...ik vind het wel fijn dat iemand dat voor mij doet, daar kan ik wat mee en daar kan ik mijn behandeling op aanpassen.³

Deze uitspraak komt overeen met wat Woolf et al. (1999) beschrijven als een mogelijk voordeel van richtlijnen voor zorgprofessionals: ze leveren gezaghebbende aanbevelingen die de zorgverlener geruststellen over de juistheid van zijn aanpak. Er spreekt ook echter een zekere vrijblijvendheid uit dit citaat (*daar kan ik wat mee en daar kan ik mijn behandeling op aanpassen*), die kan worden opgevat als passend bij het idee van Timmermans en Mauck (2005): de richtlijn is meer optie dan standaard.

Een andere functie van de richtlijn is om ze te beschouwen als een beschrijving van de minimale eis van kwaliteit van werken.

B: alleen ik denk dat het wel goed is dat er een richtlijn is, ook om een beetje een idee te krijgen voor jezelf, maar ook voor het centrum, zo van nou, dat is wenselijk, dus dat moeten we minimaal bieden

C: het doel van richtlijnen is ook dat patiënten gewoon de beste, de optimale behandeling krijgen en optimale frequentie...dus dat er een soort....basisniveau is van nou dat is goed...en dat moet je toch op een bepaalde manier kunnen meten, dus dan moet je bepaalde richtlijnen voorschrijven.

³ De citaten zijn ter bevordering van de leesbaarheid aangepast op vormaspecten van de taal. De betekenis van de citaten is niet gewijzigd ten opzichte van de gesproken tekst.

Deze uitspraken betreffen niet een specifieke aanbeveling maar gaan over richtlijnen in het algemeen, en zouden, indien deze logopedisten werkelijk vinden dat richtlijnen de minimale kwaliteit van zorg beschrijven, eigenlijk moeten samengaan met een realiteit waarin de aanbevelingen standaard zijn ingevoerd. Dat is echter niet het geval: noch worden alle aanbevelingen gevolgd in de praktijk, noch worden de aanbevelingen waar men wel rekening mee houdt, letterlijk gevolgd. Deze 'vrijblijvendheid' is ook min of meer aanwezig in de manier waarop de revalidatiearts van de afdeling waar deze logopedisten werken, omgaat met richtlijnen. De arts beziet de richtlijn vanuit wat deze zou kunnen bijdragen aan de werkwijze van een afdeling van het revalidatiecentrum:

Arts: ik vind zelf dat je die inhoud van richtlijnen ook kunt gebruiken bij het opstellen van bijvoorbeeld een activiteitenplan binnen een afdeling

Het beschouwen van de richtlijn als optie en niet als standaard is dus zowel kenmerkend voor de logopedisten als voor 'de organisatie'. Wellicht versterken managers en professionals elkaar in dit gedrag; het kan voor beide partijen comfortabel zijn om niet te worden aangesproken op 'wat moet'; anderzijds zorgt deze manier van omgaan met de richtlijnen ervoor dat men dan ook geen eisen aan elkaar kan stellen ten aanzien van specifieke aanbevelingen. Elke 'speler' behoudt zijn autonomie. De organisatie voelt niet de behoefte om *countervailing powers* (Light 2000) in stelling te brengen, noch worden richtlijnen op zichzelf opgevat als zodanig.

Overigens is er geen sprake van 'volledige vrijblijvendheid'. De aanbevelingen worden dan wel steeds beoordeeld op hun passendheid in een bepaalde situatie, maar ze worden toch ook opgevat als 'nastreefbaar':

D: en verder staat er in de aanbeveling dat linguïstisch onderzoek naar de onderliggende stoornis nodig is... en dat proberen we in elk geval.

E: als je kijkt naar die richtlijn zie je dat het voor een groot deel van de patiënten wel haalbaar is en dat je wel heel veel aspecten uit de richtlijn kan doen, zoals goed onderzoeken of een communicatieadvies schrijven.

De algemene tendens is dat de respondenten de richtlijnen als steun ervaren in het dagelijks handelen en niet als een dwingend voorschrift.

C: de richtlijn is voor mij geen beperking en ook geen bedreiging, dat ik denk van nou, ik word er op afgerekend of zo, je had het eigenlijk zo moeten doen en je doet dat niet. Het is meer een steun juist vind ik, van zo zou het nog beter kunnen en dat is ook het streven wat we hebben

C: nou, eigenlijk doe je het al hoe het altijd gaat en ga je die richtlijnen erbij pakken van nou, kunnen we nog veranderen en willen we dat inderdaad...maar het is niet dat we nu...dit zijn de richtlijnen en voortaan doen we het alleen maar zo...want dat is voorgeschreven.

F: zo'n richtlijn, ik ervaar het niet als, als ik dat niet doe dan ben ik geen goede logopedist of zo...ik word niet onzeker van richtlijnen.

De richtlijnen worden gezien als 'kennisbron' voor de logopedist zelf en als een bevestiging van de juistheid van het eigen handelen. Er is in het algemeen geen wantrouwen ten aanzien van het feit dat wetenschappelijk onderzoek aan de basis ligt van de aanbevelingen. Ook de in de literatuur frequent beschreven negatieve attitude van professionals ten aanzien van richtlijnen (Cabana 1999, Berg 1997, Weisz et al. 2007, Timmermans & Mauck 2005) lijkt niet aanwezig. Deze manier waarop logopedisten naar richtlijnen kijken komt voor een deel overeen met hoe de verzekeringsartsen die worden beschreven door Berg et al. (2000) ermee omgaan, namelijk de aanbevelingen komen overeen met wat de logopedisten zelf ook zien als een goede manier van werken, de richtlijn doet niets af aan de complexiteit van het werk, noch vermindert deze de ruimte om specifieke logopedische kennis en ervaring toe te passen (Berg et al. 2000; 775).

De mogelijkheid bestaat dat sociale wenselijkheid meespeelt in de algemene attitude ten aanzien van richtlijnen. De geïnterviewde logopedisten zijn actieve zorgprofessionals die op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen op hun vakgebied, dus ook van het bestaan van richtlijnen. Het is mogelijk dat zij zich onderdeel voelen van een subgroep van de beroepsgroep logopedie (namelijk logopedisten die werken op het gebied van neurologische taal-, spraak- en slikstoornissen) en dat een positieve houding ten aanzien van richtlijnen een aspect is van de collectieve expertise (Stevens et al. 2007) van deze subgroep.

4.2 De aanbeveling over frequentie van therapie: logopedist en organisatie

In de interviews wordt veel gesproken over de aanbeveling uit de richtlijn CBO over de frequentie van afasietherapie.

Uitgangsvraag

Wat is de optimale intensiteit en duur van afasietherapie bij patiënten met een beroerte?

Conclusie

Niveau 2

Het is aangetoond dat de intensiteit waarmee afasietherapie gegeven wordt evenredig is met het succes. Bij een frequentie van minimaal 2 uur per week wordt een groter effect gezien dan bij een frequentie van 1 uur per week of minder.

Er is geen onderzoek gedaan naar de optimale duur van de periode waarin de therapie plaatsvindt.

Aanbeveling

De minimale intensiteit van afasietherapie is twee uur per week. Om een maximaal effect te bereiken wordt aanbevolen om de intensiteit van de therapie te verhogen door het uitbreiden van de individuele therapie en door het begeleiden van therapeutische activiteiten die de patiënt zelfstandig of met anderen dan de logopedist kan uitvoeren. Bij voorkeur wordt de intensiteit op deze manier uitgebreid tot 1 uur therapietijd per dag.

Over de optimale duur van afasietherapie kan geen uitspraak gedaan worden.

(CBO, 2008)

Opvallend is dat een aantal geïnterviewden een ander idee heeft over de inhoud van de meest besproken aanbeveling:

B: het blijkt dat we op zich goed via de richtlijnen werken, als je kijkt naar wat ze zeggen van minimaal 2 uur logopedie per week, nou dat is wat we vaak wel bieden

E: soms kunnen we wel aan die frequentie van 8,8 uur per week komen.

C: wij gaven toch wel vaak een veel lagere frequentie voor afasiepatiënten en toen hebben we daar ook over nagedacht en inmiddels is dat ook aangepast, dus we hebben nu standaard voor afasiepatiënten 3x een uur per week.

F: die richtlijn waar in ieder geval de hoeveel logopedie in de klinische fase tot in ieder geval minstens acht maal per week, een half uur, in staat.

De tekst van de aanbeveling geeft ruimte om deze op verschillende manieren in praktijk te brengen ('minimale intensiteit twee uur per week, bij voorkeur één uur per dag'). Bij poliklinische behandeling zal de logopedist het aantal dagen dat de patiënt aanwezig is als uitgangspunt nemen en kan het streven dus zijn twee of drie uur per week (citaat 1 en 3). In een klinische setting zou het streven vijf uur per week moeten zijn. Maar uit citaat 2 blijkt dat een klinisch werkende logopedist de aanbeveling zo interpreteert dat ze streeft naar 8,8 uur

per week; deze intensiteit wordt genoemd in de samenvatting van de literatuur bij de onderbouwing van deze aanbeveling. De logopedist in citaat 4 werkt ook poliklinisch, maar zij behandelt patiënten op een later moment in de revalidatiefase en heeft minder met deze richtlijn te maken.

Het optie-aspect lijkt hier terug te vinden in het feit dat ieder de richtlijn op zijn eigen wijze interpreteert. Het 'standaard-aspect' is het feit dat elke logopedist instemt met de aanbeveling dat hoge frequentie van afasietherapie nodig is, echter, de standaard wordt niet *rücksichtslos* ingevoerd. Eerder lijkt er sprake van een 'flexibele standaard', die alleen wordt gevolgd als dat vanuit professionele opvattingen passend lijkt. De *evidence* bij deze aanbeveling wordt niet betwijfeld door de logopedisten..

Het verminderen van variatie in handelen, door Wennberg (1984) genoemd als een van de belangrijkste redenen om richtlijnen te ontwikkelen, wordt door deze aanbeveling niet volledig bereikt. Deze nog steeds voorkomende variatie is niet het gevolg van weerstand bij de professional ten aanzien van de richtlijn (Cabana 1999), integendeel, de logopedisten geven allemaal aan dat ze een hoge frequentie van afasietherapie nastrevenswaardig vinden. Het lijkt erop dat de logopedisten voldoende hebben aan het 'globale' weten dat er een aanbeveling in een richtlijn staat die hoge therapiefrequentie aanbeveelt, om vervolgens, gesteund met die kennis, in hun eigen organisatie in overleg te gaan over die hogere frequenties. Het doel is dan niet meer precies de aanbeveling op te volgen; zij veranderen de letterlijke tekst tot een in hun praktijk na te streven doel. De praktijkbeleving wordt als het ware al verwerkt in de herformulering van de aanbeveling. De oorspronkelijke aanbeveling heeft slechts de richting aangegeven. De richtlijn leidt tot verandering van de praktijk en de praktijk leidt tot verandering van de richtlijn.

Er lijkt geen sprake van weerstand als gevolg van een ervaren beperking van de professionele autonomie door de richtlijn (Freidson 2001). Echter, het feit dat de aanbeveling door verschillende logopedisten op een andere manier wordt 'uitgevoerd' in de praktijk sluit wel aan bij het idee van 'meer optie dan standaard' (Timmermans & Mauck 2005). Deze manier van omgaan met aanbevelingen kan dus ook worden opgevat als een exponent van professionele autonomie.

Ook in de richtlijn van de Hartstichting stond al een aanbeveling over de intensiteit-effectrelatie. In twee revalidatiecentra heeft die aanbeveling al enkele jaren geleden geleid tot uitbreiding van de frequentie logopedie.

D: die aanbeveling geeft weliswaar heel voorzichtig aan dat intensieve therapie geïndiceerd is, maar daarmee is wel begonnen dat het management bij ons is gaan

praten met ziektekostenverzekeringen en dat onze therapiefrequenties van vijf maal in de week, naar tien maal in de week gegaan zijn.

In dit revalidatiecentrum heeft de revalidatiearts het voortouw genomen bij het implementeren van de aanbevelingen. Ze heeft bijvoorbeeld de logopedisten gevraagd literatuur aan te dragen die aantoont dat intensieve therapie helpt. Daarmee heeft deze revalidatiearts het management kunnen beïnvloeden.

F: ...omdat wij dus die richtlijnen van de Hartstichting hadden konden wij ook aantonen van kijk hier staat in dat in een revalidatiefase zoveel keer per week logopedie wordt aanbevolen en dat hebben ze bij ons ook gedaan...dus wij kunnen tien maal in de week therapie geven (.....). We vonden zelf al wel dat meer therapie nodig was, maar met die richtlijn sta je ook sterker om dat aan te vragen...gewoon zeggen van kijk eens, dat is zo onderzocht en dat is effectief gebleken. Bij ons werkte dat, wij hebben toen dus een gigantische uitbreiding van logopedie gekregen.

In dit revalidatiecentrum hebben de logopedisten zelf de uitbreiding van frequentie voor elkaar gekregen.

Deze aanbeveling is in beide centra gebruikt bij het veranderen van de bestaande situatie in een andere. De ene keer is de revalidatiearts de actor geweest die het management heeft overtuigd, waarna ziektekostenverzekeraars zijn betrokken in het proces. In het andere geval hebben de logopedisten de leiding genomen om het management te overtuigen. In tegenstelling tot angst voor *managerialism* wordt het management juist gebruikt om eigen wensen voor elkaar te krijgen. Ook hier blijkt weer dat deze aanbeveling tot veel actie leidt en een grote veranderkracht heeft. Bij deze aanbeveling 'vervallen' de machtsaspecten uit de klassieke opvattingen over de relatie tussen richtlijnen en professionele autonomie (Freidson 2001).

Bij de logopedisten uit de andere centra is het onderwerp van de frequentie juist nú actueel. De richtlijn van het CBO speelt een rol in die actualiteit, maar ook het feit dat er nu op verschillende plaatsen over DBC's wordt gesproken. Opvolgen van deze aanbeveling is, evenals bij de hierboven beschreven gang van zaken naar aanleiding van de aanbeveling van de Hartstichting, niet een zaak van de logopedisten alleen, maar, omdat het meestal ertoe zal leiden dat de formatie van de afdeling logopedie moet worden uitgebreid, ook van het management van de organisatie. Logopedisten zullen moeten motiveren dat die uitbreiding nodig is en de revalidatiearts zal dit verzoek moeten steunen. Of het management overtuigd kan worden hangt onder andere af van hoe sterk de invloed is van de

logopedisten, hoe de verstandhouding is met de artsen en het management, hoe gevoelig de verantwoordelijken zijn voor richtlijnen. De richtlijn wordt hier vaak genoemd als een steuntje in de rug bij de onderhandelingen.

E: En als ik dan denk aan die DBC, dan is de richtlijn ook daarin belangrijk, in die zin dat je argumenten hebt, want ik heb het gevoel dat, bij ons in ieder geval, het management en de artsen heel gevoelig zijn voor die richtlijn. Op het moment dat iets in de richtlijn staat en jij wil iets bereiken en je kan dat onderbouwen met een richtlijn, heb ik het gevoel dat je meer kans maakt om dat ook voor elkaar te krijgen.

In dit citaat blijkt dat deze aanbeveling als zó belangrijk wordt ervaren dat deze moet worden opgenomen in een Diagnose Behandel Combinatie. Het verschil in belang van verschillende aanbevelingen komt in de praktijk dus naar voren. Bijzonder is dat deze aanbeveling gebaseerd is op een conclusie van niveau 2. Er is dus geen overeenkomst tussen de hiërarchie van de *evidence* en het belang van de aanbeveling voor de praktijk.

De richtlijn wordt in het overleg over frequentie op verschillende manieren gebruikt. De ene logopedist focust op de hoogste frequentie die in de literatuurbeschrijving bij de aanbeveling wordt genoemd en gaat persoonlijk in gesprek met de arts en het management met als inzet deze frequentie aan zoveel mogelijk patiënten te kunnen bieden. De tekst van de aanbeveling wordt in de gesprekken 'ingezet', ook letterlijk, door kopietjes te laten zien van de belangrijkste passages. De richtlijn is hier zowel doel als middel om het doel voor elkaar te krijgen.

Een ander stelt in overleg met de vakgroep, en rekening houdend met wat haalbaar lijkt in de omstandigheden van de organisatie, vast hoe hoog de frequentie logopedie moet worden in een nieuw in te voeren poliklinisch protocol in de organisatie. Daarbij wordt dan wel uitgegaan van de richtlijn en zijn de logopedisten zich ervan bewust dat hun ideeën zeer waarschijnlijk zullen leiden tot een vraag om uitbreiding van formatie.

C: dus we willen nu standaard voor afasiepatiënten drie maal een uur per week en dan krijg je de planning weer op je dak van ja, we kunnen het allemaal niet kwijt en ook artsen die dan reageren van moet het dan echt wel drie maal zestig zijn, dat we ook aangeven van ja je moet niet bij voorbaat gaan zeggen dan doen we maar minder want we hebben er geen plek voor, dan moet er maar uitbreiding komen van formatie.

Pas als blijkt dat de frequentie inderdaad tot problemen leidt bij de planning en er een wachtlijst voor logopedie ontstaat, haalt deze logopedist de richtlijnen erbij om het management te overtuigen van 'nut en noodzaak' van de frequentie.

C: we hebben die afspraak gemaakt en ik heb wel in een mailtje aan de artsen nu pas gezegd van ja...we hebben ons gebaseerd op de richtlijnen, dus op zich gebruik je het dan wel om jezelf te steunen, maar misschien dat we dat nog meer zouden moeten doen van ja...dit is niet iets wat we zelf verzinnen wat goed is voor een patiënt, maar wat in de richtlijnen staat...want dat idee krijg ik nu een beetje, dat de artsen denken van joh, ze hebben dat zo bedacht, leuk, maar waar is dat op gebaseerd.

In dit geval is de aanbeveling gebruikt in een besluitproces dat zich binnen de vakgroep heeft afgespeeld bij het ontwikkelen van een poliklinisch protocol/werkwijze in de organisatie. De haalbaarheid van de aanbeveling is 'afgezet' tegen de realiteit dat de meeste patiënten van de polikliniek niet vaker dan drie maal in de week naar het revalidatiecentrum willen komen. Dit afwegen heeft ook gespeeld ten aanzien van de gevolgen die het invoeren van de aanbeveling zou opleveren voor de formatie van de logopedie: de logopediste geeft aan dat bij het formuleren van het protocol niet al bij voorbaat rekening is gehouden met wat wel en niet mogelijk is op het gebied van formatie. Het uiteindelijke voorstel is dus een mix van de aanbeveling, van wat haalbaar lijkt (afgeleid van de voorkeur van de patiëntengroep) in de praktijk, en van wat wenselijk is (ten aanzien van de formatie van logopedie) in de praktijk. Als de juistheid van het voorstel door anderen in de organisatie betwijfeld wordt (de formatie blijkt inderdaad een probleem), wordt de letterlijke tekst van de aanbeveling ingezet als hulpmiddel ter motivering.

Het ontwikkelen van een werkwijze binnen een organisatie vertoont overeenkomst met het ontwikkelen van een richtlijn. In dit voorbeeld zijn duidelijk kenmerken aanwezig van het *repertoire of practice* (Moreira 2005), als bij het formuleren van de werkwijze rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de patiëntengroep, en van het *repertoire of politics* (ibid.), als de werkwijze zodanig wordt geformuleerd dat de eruitbreiding van de logopedie nodig zal zijn bij de uitvoering. Dat de tekst van de aanbeveling wordt gebruikt bij het motiveren van de beschreven werkwijze, zou uitgelegd kunnen worden als een passend bij het *repertoire of science* (ibid.). Er wordt echter in dit geval niet verwezen naar de oorspronkelijke *evidence*, maar naar de afgeleide daarvan, de aanbeveling.

Het is interessant om bovenbeschreven situatie te vergelijken met wat de logopedist die bij de ontwikkeling van de richtlijnen van het CBO betrokken is geweest, aangeeft ten aanzien van de haalbaarheid van deze aanbeveling in de praktijk.

Ph: Is bij het opstellen van de richtlijn rekening gehouden met wat haalbaar is in de praktijk?

G: nee op dat moment vergaar je de evidence op basis van wetenschappelijk onderzoek. Of dat in de praktijk haalbaar, daar gaat het dan niet over. (...) In de commentaarrronde zegt dan bijvoorbeeld een verpleeghuisarts: ja dat is nooit haalbaar. Maar dat is uit geld ingegeven zeiden we, daar zitten we hier niet voor, wij zitten hier vanuit de inhoud. En de inhoud zegt als je 8x per week therapie geeft in de vroege fase bij afasie, dan heb je een aantoonbaar beter resultaat dan wanneer je het niet doet ..dus dan moet je daarnaar streven. Nou, natuurlijk zeggen de mensen met de hand op de knip, dat dat niet kan.

Op basis van dit ‘terugkijken door een betrokkene’ is de eerste indruk dat in de ontwikkeling van de richtlijn van het CBO het *repertoire of science* (Moreira 2005) voorrang heeft gehad ten nadele van het *repertoire of practice*. Het is echter evident dat de bedoeling van deze aanbeveling is om de praktijk te veranderen; als bij het ontwikkelen al rekening zou zijn gehouden met hoe ‘de mensen met de hand op de knip’ reageren, zou er geen verandering plaatsvinden.

Concluderend kan gesteld worden dat omgang met de aanbeveling over de frequentie van afasietherapie door logopedisten laat zien dat logopedisten in het algemeen graag deze aanbeveling opvolgen. De aanbeveling past bij hun eigen ideeën over goede zorg. Sommige logopedisten gebruiken de aanbeveling bij het samenstellen van een organisatieprotocol, waarbij de aanbeveling wordt aangepast aan de praktijk van die organisatie.

Gezien het feit dat volgen van deze richtlijn niet een zaak is van de logopedist alléén, is samenwerking met de arts/manager, die moet zorgen voor voldoende formatie, noodzakelijk. In die samenwerking zijn verschillende werkwijzen herkenbaar: de arts vraagt hulp van de logopedist zodat deze goed beslagen ten ijs komt in het overleg met het management, de vakgroep stapt naar het management met de richtlijn in de hand, de logopedist gebruikt de zelf opgebouwde *credits* als ze vindt dat de frequentie in een specifiek geval hoger moet zijn dan de beperkte frequentie die algemeen is (en waarin ze heeft toegestemd).

Er is dus een samenspel van logopedist, manager en richtlijn. Een manier van werken die niet past bij de opvattingen van *professionalism* tegenover *managerialism* en *consumerism*. De aard van de aanbeveling is leidend voor hoe ermee wordt omgegaan.

4.3 De saturatiemeting: logopedist en evidence

Er zijn niet alleen positieve gevoelens ten aanzien van de aanbevelingen. Met name de aanbeveling over het gebruik van de saturatiemeter⁴ wordt enigszins gewantrouwd.

⁴ Door een klipje op een vinger van de patiënt te plaatsen kan worden gemeten hoeveel zuurstof in het bloed van de patiënt aanwezig is (= het meten van de saturatie) voorafgaand aan, tijdens en na het slikken. Er wordt een

Uitgangsvraag

Wat is de beste manier om slikstoornissen te diagnosticeren in de acute fase na een beroerte?

Conclusies**Niveau 3**

Er zijn aanwijzingen dat elke nieuwe patiënt met een beroerte eerst een slikscreening dient te ondergaan door daartoe gekwalificeerd personeel, alvorens voedsel en/of drinken verstrekt wordt.

Niveau 1

Het is aangetoond dat dysfagie en aspiratie kunnen worden opgespoord met een gestandaardiseerde bedside test (zoals de SSA) in combinatie met een zuurstofdesaturatiemeting.

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat slikscreening bijdraagt aan het voorkómen van complicaties, bijvoorbeeld luchtweginfecties, en aan de verbetering van kwaliteit van zorg.

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat vroege slikscreening voor het opsporen van dysfagie bij patiënten met een acute beroerte kosteneffectief is.

Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om bij alle patiënten met een nieuwe beroerte een bedside slikscreening in combinatie met een zuurstofdesaturatiemeting af te nemen, alvorens eten en drinken per os aan te bieden. De slikscreening (zie einde paragraaf) dient uitgevoerd te worden door daartoe gekwalificeerd personeel.

(CBO, 2008)

Eén logopedist twijfelt aan de onderbouwing van deze aanbeveling. Een andere meent te begrijpen uit de tekst dat de aanbeveling alleen geldt voor patiënten in de acute fase, in het ziekenhuis, en dat zij deze werkwijze niet hoeft toe te passen bij patiënten in het revalidatiecentrum, die meestal niet meer in de acute fase verkeren. Inderdaad staat in de tekst van de uitgangsvraag dat het gaat om het diagnosticeren van slikstoornissen in de acute fase van de beroerte en in de aanbeveling gaat het over patiënten met een nieuwe beroerte. Deze terminologie wekt de indruk dat de beschreven werkwijze vooral van toepassing is bij de diagnostiek van slikstoornissen bij patiënten in het ziekenhuis. Toch kan uit de tekst van de aanbeveling ook worden begrepen dat de werkwijze ook nuttig kan zijn bij het diagnosticeren van slikstoornissen bij patiënten die sinds het ontstaan van de beroerte nog alleen sondevoeding krijgen. Als deze patiënten al zijn overgeplaatst naar een revalidatiecentrum en dáár de overgang maken van sondevoeding naar orale voeding, kan de aanbeveling toch van toepassing zijn.

Bovengenoemde twee logopedisten zoeken naar een manier om om te gaan met enerzijds het willen geloven in de evidence (niveau 1!) en anderzijds het wantrouwen in de juistheid van de aanbeveling. Beide informeren bij collega's naar hun mening; ze toetsen hun eigen mening aan die van collega's.

relatie verondersteld tussen daling van de saturatie en aspiratie (= het aanwezig zijn van voedsel in de luchtpijp of longen).

D: de saturatiemeting bij de slikscreening ...daar hebben we hele grote vraagtekens bij, dus we hebben het er ook over gehad in het stroke-ketenoverleg en daar heerst een beetje dezelfde mening, zo van ja, is dat nu wel zo'n goede aanbeveling.

E: ik heb vragen gehad over de saturatiemeting en dat deden we dus niet, omdat we dachten dat het meer iets was voor de ziekenhuisfase, dus toen ben ik dat overal gaan navragen, nou in heel veel revalidatiecentra doen ze dat eigenlijk niet, maar omdat er toch door de top werd aangedrongen, omdat dat dus wel in de richtlijnen staat, heb ik het nu bij een aantal patiënten wel gedaan.

Uit deze citaten blijkt dus enerzijds dat deze aanbeveling, die onder andere is gebaseerd op *evidence* van niveau 1, zeer serieus wordt genomen, zowel door de logopedisten als door het management van één van de revalidatiecentra. De logopedisten zijn kritisch: ze lezen de aanbeveling goed en verdiepen zich in de literatuur. Anderzijds is er geen sprake van 'standaard invoeren', ondanks de hoge *evidence*. In de instelling waar het management niet aandringt, wordt de aanbeveling niet gevolgd. In de andere instelling lijkt het management gevoelig voor het 'niveau 1 – aspect', waardoor de logopedist zich aangespoord voelt de aanbeveling uit te voeren, ondanks haar twijfel of dat passend is bij de patiëntengroep. Dit is een voorbeeld van *managerialism* (Freidson 2001): het management gebruikt de richtlijn en beperkt de professionele autonomie van de professional. Woolf et al. (1999) noemen als nadeel van richtlijnen het feit dat onduidelijke richtlijnen kunnen leiden tot frustratie bij professionals. Ook dat lijkt hier het geval.

Een andere logopediste is door deze aanbeveling op het idee gebracht om de meetapparatuur, die in het centrum aanwezig is, te gaan gebruiken

H: die saturatiemeter gebruiken wij sindsdien bij het verslikken, die staat in het CBO en toen dacht ik, volgens mij hebben wij die meters wel...en die hebben we dus laatst een keer gebruikt bij iemand bij ernstige slikstoornissen...als het nodig is wordt het gebruikt, ja.

Deze logopediste geeft niet aan te twijfelen aan de *evidence*, noch aan de passendheid van de aanbeveling bij haar patiëntengroep. Echter ook zij vat de aanbeveling niet als standaard op.

Ondanks het hoge niveau van *evidence* is er nog steeds grote variatie in het handelen. Echter, de richtlijn legt ook bloot dát er variatie is; het stellen van een norm (ook al is die voor meerderlei uitleg vatbaar) maakt het afwijken zichtbaar.

4.4 Aanbevelingen over inhoud: logopedist en patiënt

Inhoudelijke aanbevelingen geven bijvoorbeeld aan welke instrumenten moeten worden gebruikt bij de diagnostiek van afasie, dysartrie of slikstoornissen of geven aanwijzingen voor activiteiten tijdens de behandelphase. Een voorbeeld is de aanbeveling uit de richtlijn van het CBO over de saturatiemeter (zie hiervoor). Een ander voorbeeld is een aanbeveling over de diagnostiek van afasie (richtlijn 101) en een aanbeveling over het opstellen van een communicatieadvies voor afasiepatiënten (aanbeveling 114) uit de richtlijn van de Hartstichting.

Richtlijn 101, niveau 2.

Het is aannemelijk dat het behandelplan voor de revalidatiefase gebaseerd dient te zijn op betrouwbare diagnostische gegevens. Voor het vaststellen van de linguïstische stoornissen worden de volgende gestandaardiseerde en genormeerde tests aanbevolen

1. de Akense Afasietest voor een oordeel over de ernst van de afasie, de ernst van de verschillende gestoorde taalmodaliteiten en de aard van het afasiesyndroom. De AAT kan vanaf ongeveer drie weken post onset worden afgenomen of als de conditie van de patiënt het eerder toelaat.
2. de Palpa en de Werkwoorden en Zinnentest voor verder onderzoek naar de aard en de ernst van de onderliggende linguïstische stoornissen. Van deze tests worden alleen de relevante subtests afgenomen.

(Commissie CVA-revalidatie 2001)

Aanbeveling 114, niveau 4.

De werkgroep is van mening dat elke afasiepatiënt over een individueel communicatieadvies dient te beschikken dat door de logopedist in overleg met de patiënt en eventueel diens naastbetrokkenen is opgesteld. Dat communicatieadvies dient concreet geformuleerd te beschrijven wat de huidige communicatieve beperkingen van de patiënt zijn en hoe de gesprekspartner daar het beste mee kan omgaan.

(Commissie CVA-revalidatie 2001)

Hoewel de algemene attitude van de respondenten ten aanzien van deze aanbevelingen positief is, worden ze niet 'klakkeloos' gevolgd. Alle logopedisten geven voorbeelden van hoe ze de aanbeveling veranderen. Redenen voor aanpassing van de aanbevelingen zijn velerlei. Bijvoorbeeld het feit dat de richtlijn waar ze uitkomen al dateert van 2001 waardoor nieuwe ontwikkelingen er niet in zijn opgenomen.

C: wij hadden het idee dat sommige nieuwe onderzoeken daar gewoon niet in verwerkt zijn...net als een scenariotest⁵, dat is een hele zinvolle en aanvullende test, dan denk je soms lopen die richtlijnen ook weer een beetje achter de feiten aan ...die zijn toen zo opgesteld omdat er nog niets beter voorhanden was, maar dan wil dat

⁵ De scenariotest is in 2009 op de markt gekomen. Het is de eerste genormeerde test voor het meten van de verbale en non-verbale communicatievaardigheden van een afasiepatiënt.

niet zeggen dat dat dan het beste is...dus iets nieuws wat er dan weer op de markt is kan het wel weer overtreffen

Woolf et al. (1999) noemen als negatief aspect van richtlijnen dat ze gedateerde aanbevelingen kunnen bevatten die ertoe leiden dat ouderwetse handelwijzen blijven voortbestaan. Bovenstaande uitspraak geeft aan dat deze logopedist nieuwe ontwikkelingen voorrang geeft boven wat de oude richtlijn aanbeveelt. De nieuwe ontwikkeling wordt opgenomen in een organisatiebrede afspraak. Als de groep logopedisten die deze afspraak met elkaar maakt, wordt gezien als een 'ontwikkelgroep', zou de manier waarop deze groep tot een keuze komt voor dit nieuwe diagnostische instrument kunnen worden gezien als passend bij het *repertoire of science* (Moreira 2005): men volgt het idee dat een genormeerd, valide instrument móet worden opgenomen in het scala van diagnostische middelen. Echter, als het *repertoire of science* écht zou domineren, zou dit leiden tot het werken met achterhaalde aanbevelingen die niet leiden tot goede zorg. Het *repertoire of practice* blijkt dus goed en zelfs nodig bij het ontwikkelen van aanbevelingen. Een andere reden voor aanpassing van de inhoudelijke aanbevelingen is dat er binnen de eigen organisatie, ofwel binnen de vakgroep logopedie ofwel in overleg met een multidisciplinair team, afspraken zijn gemaakt over de manier waarop de aanbevelingen in de organisatie worden toegepast. Het gaat bijvoorbeeld over afspraken om een bepaalde set van testen in een bepaalde volgorde af te nemen. Deze set bevat dan testen uit de richtlijn maar is ook aangevuld met andere, op grond van voorkeur van het team. Deze voorkeur is bijvoorbeeld afgestemd op de gemiddelde belastbaarheid van patiënten en op de kwaliteit van informatie die deze test(en) leveren ten aanzien van de diagnostiek en het kunnen plannen van verdere interventie. Ook de tijd die het kost om een bepaald onderzoek af te nemen wordt meegewogen.

C: er stonden een aantal testen bij waarvan wij denken van ja...die gebruiken wij niet en daar kijken we dan bewust van af, bijvoorbeeld het Frenchay dysarthria⁶ hebben we vervangen door het Radboud Dysartrie Onderzoek. Zo'n Frenchay zou dan ook heel veel tijd in beslag nemen, nou zoveel tijd is er niet, je wil ook zo snel mogelijk in het eerste team aangeven wat er aan de hand is en hoe vaak iemand dan ingepland moet gaan worden...dus dat Frenchay is dan niet een heel handig middel voor ons.

Deze inpassing van de aanbevelingen in een 'organisatieprotocol' geeft aan dat men de richtlijn niet opvat als 'het enige juiste antwoord' (Berg 1997). Het geeft ook aan dat de

⁶ Het *Frenchay* Dysartrie Onderzoek uit 1996 wordt genoemd in een aanbeveling in de richtlijn van de Hartstichting uit 2001. Het Radboud Dysartrie Onderzoek is uitgegeven in 2007.

richtlijn een onderdeel wordt van de dagelijkse praktijk van die specifieke logopedist in haar eigen context. De kennis uit de richtlijn wordt 'embedded' (Brown & Duguid 2001) in het protocol dat kan worden gezien als een nieuwe richtlijn, ontwikkeld door de mensen van de werkvloer die reeds bij de ontwikkeling rekening houden met de toepassing in de praktijk (Moreira 2005).

A: een richtlijn is iets anders dan een protocol natuurlijk, een richtlijn is wat vrijer. Het is ook geen gebod. Het is niet verplicht voor ons om dat meetinstrument te gebruiken. Als dat verplicht zou zijn dan moet je natuurlijk wel vastleggen waarom je dat niet doet...ja dat vind ik wel, als het echt een verplichting is en je wijkt dan van iets af dan moet je dat wel vastleggen.

D: het levert op dat we bij een heleboel patiënten standaard gewoon van A tot Z het protocol volgen en dat ik als ik er van afwijk daar bewuster over nadenk: ik doe iets nu niet en waarom doe ik het dan niet.

In het eerste citaat geeft de logopediste aan dat een richtlijn minder verplichtend is dan een protocol: als er een protocol zou zijn, zou ze daar slechts gemotiveerd van afwijken. Dat protocol is er echter niet, dus is motivatie niet nodig. In het tweede citaat is het protocol er wel en denkt de logopediste bewust na over afwijken ervan. In beide gevallen staat men zichzelf toe om af te wijken. In het volgende citaat volgt een concreet voorbeeld van een reden om zich niet aan het protocol te houden. Het gaat om de Akense Afasie Test (Graetz 1992) die gebruikt wordt om een afasie te diagnosticeren. In één van de subtesten wordt de patiënt gevraagd te benoemen wat hij ziet op getoonde plaatjes. De verbale reactie van de patiënt weegt mee bij de diagnose. De resultaten op deze subtest zijn slechts dan op een betrouwbare manier te interpreteren als de patiënt geen visuele stoornissen heeft (een visuele agnosie is een stoornis in het herkennen van visuele objecten).

D: als ik heel zwaarwegende argumenten heb kunnen we er van af wijken, maar in principe is dit wel wat we doen.

Ph: en wat zou een zwaarwegend argument zijn?

D: we hadden een meneer met een knetterende visuele agnosie, nou, dan kom je niet zover met de AAT.

Het protocol *matcht* meer met de dagelijkse praktijk van de respondent dan de richtlijn, waardoor men zich vrijer voelt om van die richtlijn af te wijken (Timmermans & Mauck 2005). Een andere reden kan zijn dat men zelf betrokken is geweest bij het ontwikkelen van het

protocol, maar niet bij de ontwikkeling van de richtlijn, waardoor het vertrouwen in de richtlijn minder is (Woolf 1999). Dat wordt echter niet zo benoemd in de interviews. De richtlijn wordt in ieder geval beschouwd als optie, en niet als dwang (Berg et al. 2000; 777). Vanuit de invalshoek van goede zorg kan bovenstaand citaat worden geduid als een voorbeeld van professioneel omgaan met richtlijnen; patiëntkenmerken, aanbeveling en professionele ervaring worden afgewogen en leiden tot een bij de specifieke situatie passende handeling, in dit geval een handeling die de aanbeveling niet volgt. Dit past bij de opvatting van Mol (2006) die vindt dat het volgen van richtlijnen geen goede zorg kan opleveren. De professionele autonomie krijgt hier voorrang boven het volgen van de aanbeveling.

Niet alleen het feit dat logopedisten deelnemen in samenwerkingsverbanden is een reden voor aanpassingen van de inhoudelijke aanbevelingen. Ook de hulpvraag van de patiënt kan leiden tot het niet of op aangepaste wijze uitvoeren van de richtlijn.

C: er zijn ook veel mensen die willen graag snel aan de slag, die hebben al zoveel testen achter de rug, die hebben dan helemaal geen zin om dan zo'n lijst of te werken van ja, dit is voorgeschreven, dus dit moeten we nu doen. Dus ik denk dat je heel erg kijkt naar de individuele patiënt, wat is op dit moment nodig en hoe kan ik nu verder en dan heb ik niet zoiets dat ik me gedwongen voel door een richtlijn van ja maar, je moet.

G: Er kan nog zoveel evidence zijn voor BOX of FIKS⁷, als de patiënt zegt ik wil nog boodschappen kunnen doen en ik wil de namen van mijn kinderen goed kunnen zeggen en dat ga je me aanleren, dan ga je dat doen [dat is] cliëntgericht werken.

De hulpvraag of anderszins de voorkeur van de patiënt wordt afgewogen ten opzichte van de aanbeveling en ten opzichte van de professionele kennis en ervaring van de logopedist. Dit is precies wat volgens Mol (2006) het kenmerk is van goede zorg.

Specifieke patiëntkenmerken, zoals slechte conditie en emotionele labiliteit zijn redenen om een aanbeveling niet te volgen.

E: Dus je kan dus wel heel mooi zeggen doe maar heel goed gericht onderzoek, als iemand nauwelijks van zijn bed komt, dan kan je dat ook wel vergeten natuurlijk, of als iemand compleet van slag raakt als je een test gaat afnemen, moet je het volgens mij ook niet gaan doen.

⁷ therapiemethoden voor het behandelen van de onderliggende linguïstische stoornis bij afasie

D: we hebben nu een meneer die heel ernstig afatisch is en heel boos en heel emotioneel en heel upset, ja die ga ik dan ook niet tot in den treuren frustreren met allerlei testjes.

In onderstaand citaat wordt duidelijk hoe de logopedist wel geneigd is tot opvolgen van de aanbeveling om een communicatieadvies te schrijven, maar een aanpassing verzint die is afgestemd op de kenmerken van een specifieke patiënt, en die hetzelfde doel bereikt als wat met de aanbeveling wordt bedoeld (het informeren van de omgeving van de patiënt over hoe het beste te communiceren met de patiënt):

E: Of over dat communicatieadvies: als iemand bijvoorbeeld een amnestische afasie⁸ heeft, of iemand met een bepaalde persoonlijkheid die er gewoon niet van gediend is of zo, dan kan je wel wat adviezen bespreken, met familie dingen bespreken, maar dan ga ik niet zo'n heel uitgebreid communicatieadvies, wat ik normaal gesproken wel mee zou geven, maken.

In dit voorbeeld is sprake van het aanpassen van een richtlijn aan de omstandigheden van de patiënt, het equivalent van het 'wikken en wegen' in het kader van goede zorg (Mol 2006).

F: ik heb nu bijvoorbeeld een meneer met de ziekte van Parkinson, waarbij die PLVT⁹ een perfecte manier is, maar hij heeft zelf vooral last van het probleem dat hij de regie kwijtraakt over alles wat er om hem heen gebeurt en zo...dat vindt hij eigenlijk nog veel prominenter aanwezig ... je zult hem dus eerst over een bepaalde drempel heen moeten halen van je hebt wel degelijk invloed op hoe je bijvoorbeeld binnen gesprekken kunt functioneren, alleen al op de manier hoe je erbij zit en op de manier hoe je je zelf ziet, dan maak je video-opnames om iemand al wel een stukje zekerder te krijgen en pas dan zou je wellicht tijd, ruimte zien, een ingang vinden om die PLVT op hem los te laten, snap je. Het blijft toch wel heel erg maatwerk en niet een boekje uit de kast.

Het benoemen van de zorg als 'maatwerk' past in de visie van Mol (2006) en Smeijsters (2006) over goede zorg. Onvoorspelbare praktijksituaties vragen om denken en handelen op maat (Smeijsters 2006).

⁸ een amnestische afasie is een relatief lichte vorm van afasie, waarbij de patiënt zélf kan aangeven hoe hij wil dat je met hem communiceert

⁹ behandelmethode waarvan bewezen is dat er een positief effect is op de luidheid van de stem en de verstaanbaarheid van patiënten met de ziekte van Parkinson

Ook het feit dat logopedisten bereid zijn mee te denken in keuzes die de organisatie maakt en hoe verantwoordelijk zij zich voelen voor die keuzes, kan leiden tot afwijken van een aanbeveling. Dat meedenken kan ertoe leiden dat eisen worden afgezwakt, dat er wordt 'onderhandeld'.

A: het trainen van Touch Speak¹⁰ bijvoorbeeld en het maken daarvan, dat kost gewoon heel veel geld en dat gaat dus ten koste van de rest...als je een vastgesteld bedrag hebt, daar moet alles van betaald worden, dus daar moet je dan zelf ook kritisch in zijn...aan de andere kant kun je dan zeggen, nou ja dan moet je er een andere modus voor vinden, of wij doen een deel en de periferie doet een deel...maar ja, dat kunnen wij hier natuurlijk ook niet maken, dat kost ons net zo goed veel tijd...maar goed, dan gaan wij contact leggen met logopedisten perifeer.

Dit gedrag past bij het door Berg (1997) beschreven idee dat in de klinische praktijk verschillende rationaliteiten meespelen bij het afwegen van overwegingen, zoals bijvoorbeeld voorrang geven aan het rekening houden met de kosten van een bepaalde behandeling in plaats van zonder meer deze behandeling te willen toepassen.

A: we krijgen altijd wel wat meer voor elkaar dan andere vakgroepen, omdat we gewoon altijd wel proberen constructief mee te denken en we zijn altijd wel genegen om dingen op te lossen ook als het niet in ons voordeel is, dan hebben we oké...nu is het even niet fijn, maar goed. Het is een beetje voor wat, hoort wat.

B: het centrum zou mij in principe niets op moeten leggen zonder dat dat gecommuniceerd is of dat wenselijk is...er zijn natuurlijk altijd dingen waar jij je aan moet houden, ja dat is nou eenmaal zo bij een werkgever, maar ik denk dat als het echt heel inhoudelijk wordt, dat jij daar zeker wel wat over te zeggen hebt en dat de manager niet zou kunnen zeggen nou ja, jij moet dat doen.

Uit deze citaten blijkt dat de professional een sterk besef heeft van de omgeving; de invloed ervan wordt meegewogen en afgewogen ten opzichte van het belang dat de richtlijn heeft. Dit soort invloeden op gebruik van richtlijnen komt niet duidelijk naar voren in de literatuur. Immers: in de hier beschreven situatie speelt geen probleem met professionele autonomie als gevolg van *consumerism* of *managerialism*, maar de professional 'beperkt' zich vrijwillig

¹⁰ Touch Speak is software die wordt geïnstalleerd op een PDA of mobiele telefoon ter ondersteuning van de dagelijkse communicatie van de afasiepatiënt; het aanpassen ervan aan de wensen van de patiënt en het oefenen ermee kost enorm veel therapietijd

als gevolg van betrokkenheid bij maatschappelijke issues of besef van 'organisatorisch-politieke issues'. Vanuit de visie van Light (2000) zijn dit opmerkelijke citaten. Ze tonen immers aan dat de professional het belang van de organisatie voorrang geeft op de invloed van de eigen professie en zelfs op aanbevelingen, ofwel er is hier sprake van *countervailing powers* tégen goede zorg.

In relatie tot de beleving van de professionele autonomie kan gesteld worden dat er geen sprake is van angst voor *consumerism*. Integendeel, men geeft aan het op prijs te stellen als cliënten mondiger zouden zijn en meer zouden aangeven wat ze verwachten van de therapeut. Uit veel interviews blijkt dat de cliënt zoveel mogelijk het uitgangspunt is bij het afstemmen van activiteiten. Afstemmen op zowel de concreet door de patiënt aangegeven wensen ten aanzien van de therapie als de door de logopedist geïnterpreteerde voor- of afkeuren van de patiënt is een belangrijk doel dat door alle respondenten meermalen genoemd wordt. Wellicht is er een relatie tussen dit veelgenoemde aspect en de aard van de beroepsuitoefening: de patiëntengroep waar deze logopedisten mee werken is vaak niet in staat om de eigen wensen kenbaar te maken als gevolg van ernstige communicatieproblemen en dwingt als het ware de zorgverlener om constant te interpreteren en af te stemmen of de eigen interpretatie juist is.

Uit veel citaten blijkt dat afwijken van de aanbeveling meestal gebeurt in het kader van het bieden van goede zorg. Vaak maakt men duidelijk hoe de aanbeveling wordt opgenomen in het in contact met de patiënt constant afwegen van acties, aanpassen, veranderen, tot 'het werkt'. Dit wikken en wegen, uitproberen en aanpassen is een kenmerk van goede zorg (Mol 2006).

A: bij de ene revalidant pas je de oefeningen anders toe dan bij de andere... of je hebt net een andere toonzetting...bij de een gebruik je die bewoording of gebruik je nou net dat hulpje, of nou juist net niet...ja, waarom doe je dat, tja, geen idee...ja, dat weet ik wel maar ja, weet je, niet bewust laat ik het zo zeggen.

Dit dagelijkse 'gepruts' is niet gerepresenteerd in wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een behandeling en komt dus (volgens Mol 2006) ook niet voor in richtlijnen. Die opvatting wordt gedeeld door een aantal respondenten, die aangeven dat de richtlijnen *an sich* weinig zeggen over wat er in het contact met de patiënt gebeurt, daar waar het echte maatwerk wordt gemaakt. Zo wordt goede zorg ook opgevat: als maatwerk, het aanpassen van de therapie aan de vraag van de patiënt, het variëren in aanpak afhankelijk van context waardoor geen twee behandelingen hetzelfde zijn. De professional bepaalt per geval wat er moet gebeuren en houdt bij het maken van keuzes rekening met de gevoelens van de

patiënt, zoals angst, frustratie, verdriet. Natuurlijk kunnen richtlijnen ondersteuning bieden bij het professionele handelen, maar als richtlijnen en protocollen de boventoon gaan voeren, worden de professionals gereduceerd tot uitvoerders. Dan worden niet alleen de problemen van de cliënten gestandaardiseerd, maar de professionals eveneens (Smeijsters, 2006).

De hier beschreven aspecten van goede zorg komen in de interviews duidelijk naar voren, overigens zonder dat de term 'goede zorg' daarbij aan de orde is. Alle logopedisten geven aan regelmatig af te wijken van wat in de aanbevelingen staat. Als redenen wordt genoemd: het belang van het leveren van maatwerk, aanpassen aan de belastbaarheid van de patiënt, rekening houden met emoties van de patiënt, rekening houden met andere stoornissen naast de logopedische problematiek, rekening houden met de hulpvraag van de patiënt. Deze 'afwijking' van de aanbeveling wordt opgevat als horend bij de verantwoordelijkheid van de logopedist en levert nauwelijks spanning op. De verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg prevaleert boven het volgen van richtlijnen.

Slechts in een enkel geval geeft een logopediste aan dat ze spanning ervaart als ze een aanbeveling niet kan volgen. Deze logopediste zou liefst bij zoveel mogelijk patiënten zoveel mogelijk aanbevelingen volgen. Zij weet precies wanneer ze zich niet aan de aanbeveling houdt en probeert, ook als ze vindt dat ze om een legitieme reden afwijkt, toch nog een manier te vinden waardoor ze 'iets minder afwijkt'. In onderstaand citaat gaat het over de aanbeveling van de Hartstichting over het schrijven van een communicatieadvies:

E: ik heb wel het gevoel dat ik dat eigenlijk moet doen om het helemaal goed te doen, maar soms moet je dingen ook los laten. Dan doe ik het toch maar niet weet je, omdat ik denk dat het beter is om het niet te doen, maar eigenlijk voelt het wel even...dan moet ik wel iets heen stappen. Want als ik het wel volg heb ik wel het gevoel dat ik dan in ieder geval de maximale kwaliteit lever of zo, terwijl dat ook in heel veel situaties niet zo is en dan moet je gewoon andere keuzes maken.

Deze logopediste lijkt, meer dan de anderen, geneigd de aanbevelingen als standaard te zien, zelfs als leidend tot goede zorg (Cabana et al. 1999). Ze ervaart echter regelmatig dat het rechtlijnig volgen van de aanbeveling juist niet leidt tot goede zorg. Het 'dokteren met richtlijnen' is in het gedrag van deze logopedist juist zeer herkenbaar. Ze ziet de richtlijn als flexibele standaard en gaat er op een professionele manier mee om.

5. Discussie en conclusie

In dit onderzoek is getracht een antwoord te geven op de probleemstelling: *wat is de relatie tussen richtlijnen en de professionalisering van logopedisten en tussen richtlijnen en goede zorg in de logopedische praktijk*. Vanuit het theoretisch kader is literatuur beschreven over de relatie tussen richtlijnen, professionele autonomie en goede zorg. In het onderzoek is de relatie tussen deze onderwerpen gekoppeld aan logopedie in de revalidatiesetting.

In het literatuuronderzoek lijken, vanuit de *sociology of professions*, twee duidelijke meningen over richtlijnen te bestaan: ófwel richtlijnen zijn een bedreiging voor de professie (Freidson 2001) ófwel richtlijnen dragen juist bij aan professionalisering (Klazinga 1994). Uit het empirisch onderzoek kwam deze tegenstelling in eerste instantie niet duidelijk naar voren. De logopedisten spreken allemaal met een positieve attitude over richtlijnen. Men beoordeelt ze als ‘handig hulpmiddel’, als een beschrijving van de minimale eis van kwaliteit van werken, als fundering voor eigen handelen. Ook het feit dat wetenschappelijk onderzoek aan de basis ligt van de aanbevelingen leidt niet tot weerstand. De door Cabana et al. (1999) gevonden redenen die barrières vormen bij het volgen van richtlijnen, zijn niet als algemene attitude aanwezig. Toch lijkt er bij de aanbeveling over het gebruik van de saturatiemeter bij de diagnostiek van slikstoornissen wel sprake van enige weerstand: één logopedist twijfelt aan de juiste interpretatie van de *evidence* die tot deze aanbeveling geleid heeft en een andere logopedist polst haar onzekerheid over de juistheid van deze aanbeveling aan de ervaring van collega’s. Cabana et al. (1999) zouden dit gedrag duiden als ‘gebrek aan instemming met een specifieke richtlijn, i.c. *lack of agreement with interpretation of evidence*’. Gezien het feit dat deze situatie zich slechts bij één aanbeveling voordoet, ligt het meer voor de hand dat er sprake is van kritische reflectie, passend bij een professional die niet blindelings een aanbeveling volgt, zélf s niet als het een aanbeveling is die is gebaseerd op *evidence* van niveau 1.

Bij nadere beschouwing blijkt dat de algemene positieve attitude niet resulteert in het opvolgen van alle voor logopedisten relevante aanbevelingen in de verschillende richtlijnen. Hoewel bij het onderzoek niet specifiek is nagegaan welke van de aanbevelingen uit de richtlijnen wel of niet worden opgevolgd, wordt over een aantal aanbevelingen helemaal niet gesproken tijdens de interviews. Een aantal logopedisten geeft ook aan niet precies te weten welke aanbevelingen er precies in de richtlijnen staan. Deze houding past bij het gedrag van de professional die zelf bepaalt óf hij een richtlijn wel of niet volgt, en indien wel, dan bepaalt hij of hij deze letterlijk volgt of op zijn eigen manier. De richtlijn wordt gezien als optie, niet als standaard, zoals Timmermans & Mauck (2005) ook aangeven. De kritiek die Timmermans & Mauck (2005) formuleren op de aanname die de voorstanders van richtlijnen hanteren,

namelijk dat professionals een advies dat het gevolg is van puur wetenschappelijk onderzoek altijd zullen volgen, is misschien te herkennen in het feit dat de aanduiding van de niveaus van *evidence* bij de aanbevelingen voor de logopedisten, bij de meeste geïnterviewden geen rol speelt bij het volgen ervan. Deze niveaus van *evidence* vormen een hiërarchie in bewijskracht die weinig zegt over de hiërarchie in de praktijk. Dit is heel duidelijk bij de aanbeveling over de frequentie van afasietherapie die is gebaseerd op *evidence* die is geklasseerd op niveau 2. Het is duidelijk dat de geïnterviewden groot belang hechten aan deze aanbeveling. Het tegengestelde doet zich voor bij de aanbeveling over het gebruik van de saturatiemeter bij slikstoornissen, die is gebaseerd op *evidence* van niveau 1. *Evidence* van hoog niveau leidt niet als vanzelf tot grote aanbevelingskracht. Het zou voor het gebruik in de praktijk nuttig kunnen zijn als aanbevelingen (ook) worden geordend naar het belang voor de praktijk.

Hoewel er dus in deze 'optie, geen standaard'-houding kenmerken van professionele autonomie herkenbaar zijn, zijn er geen aanwijzingen voor gedrag dat past bij de klassieke *sociology of professions* houding ten aanzien van richtlijnen: de opvatting van Freidson (2001) dat een richtlijn een instrument is dat kan bijdragen aan het vergroten van de macht van de manager ten nadele van die van de professional, wordt in het algemeen niet ondersteund door de bevindingen in het onderzoek. Er wordt juist in een aantal interviews benoemd dat er is samengewerkt met het management om een specifieke aanbeveling voor elkaar te krijgen. Het gaat dan vooral om de aanbeveling over de frequentie van therapie bij de behandeling van afasiepatiënten. Deze aanbeveling wordt door alle logopedisten genoemd; in sommige revalidatiecentra heeft de aanbeveling over frequentie in de 'oude' richtlijn van de Hartstichting uit 2001 er al toe geleid dat er intensief kan worden behandeld, in andere centra is de discussie over frequentie weer actueel als gevolg van de aanbeveling hierover in de 'nieuwe' richtlijn van het CBO (2008). Deze aanbeveling speelt een grote rol in de dagelijkse praktijk van de logopedisten; er wordt over onderhandeld, hij wordt opgenomen in organisatieprotocollen, hij leidt tot discussie met revalidatieartsen en met management tot de zorgverzekeraar aan toe, hij wordt doelbewust ingezet om uitbreiding van formatie op de agenda te krijgen. Deze aanbeveling lijkt voor logopedisten meer standaard dan optie.

Daarnaast is deze aanbeveling interessant vanuit de ideeën van Moreira (2005) over hoe richtlijnontwikkeling plaatsvindt. De aanbeveling over frequentie van afasietherapie (liefst vijf maal per week een uur) leidt tot discussies in de praktijk over de haalbaarheid ervan in relatie tot de formatie van logopedie in de instelling. De logopedist die betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn waar deze aanbeveling in staat maakt duidelijk dat de ontwikkelaars hun oren niet hebben laten hangen naar 'de mensen met de hand op de knip' maar dat ze slechts zijn uitgegaan van beschikbare *evidence*. Het *repertoire of practice* is juist niet betrokken in de ontwikkeling, waardoor het *repertoire of politics* een rol kon spelen

bij het behalen van het doel, namelijk het veranderen van de praktijk. *Evidence* kan politiek worden gebruikt en daardoor veranderkracht ontwikkelen.

De logopedisten uit het onderzoek ervaren richtlijnen niet als een beperking van hun vrijheid van handelen. Hun attitude is vergelijkbaar met die van de verzekeringsartsen uit het onderzoek van Berg et al. (2000) die vinden dat de richtlijn waar zij mee te maken hebben voldoende ruimte laat voor eigen professionele keuzes en beslissingen. De professional beslist zelf of en zo ja wélke aanbeveling passend is in een bepaalde situatie; op deze manier bestaat echter de kans dat 'goede evidence' niet wordt gevolgd. De vrijheid van handelen kan dan verworden tot professionele dominantie waarin geen ruimte is voor bewezen effectieve interventies. Light (2000) wil richtlijnen gebruiken om deze situatie te voorkomen. In het onderzoek komt niet naar voren dat professionele dominantie wordt nagestreefd; enkele geïnterviewden benoemen dat zij soms meedenken met het management in hun organisatie en zich aanpassen aan vanuit professioneel oogpunt minder gewenste omstandigheden, vanuit een besef van verantwoordelijkheid voor het functioneren van de organisatie, niet alleen van de eigen professie.

Kenmerkend voor de benadering vanuit de invalshoek van de professionele autonomie is dat het vooral gaat over de rol van richtlijnen in processen. Bij de aanbeveling over de frequentie van afasietherapie gaat het over processen in de organisatie en bij de aanbeveling over de saturatiemeter wordt getwijfeld aan de juistheid van het proces van beoordeling van de *evidence*. Het gaat niet over de inhoud van het zorgproces.

De redenen van Mol (2006) om richtlijnen af te wijzen in de praktijk hebben juist wel te maken met de inhoud van het zorgproces. Volgens Mol (2006) kan de manier waarop *evidence* wordt verkregen, via wetenschappelijk onderzoek waarin juist het individuele aspect van zorgverlening niet wordt meegewogen, onmogelijk bijdragen aan goede zorg, die juist gekenmerkt wordt door de unieke situatie van een specifieke patiënt met een specifieke zorgverlener die vanuit de hulpvraag van de patiënt op zoek gaat naar een passend antwoord. De opvatting van Stoopendaal & Kröber (2006) gaat nog een stap verder: slechts als de zorgverlener 'present' is, kan er sprake zijn van goede zorg. 'Er zijn voor de ander' is de voorwaarde voor het leveren van goede zorg. Dit is een heel andere opvatting dan wat past binnen *evidence based medicine*, namelijk dat het volgen van richtlijnen leidt tot goede zorg. Ook hier lijkt de literatuur een tegenstelling aan te geven.

Vanuit het onderzoek blijkt niet dat logopedisten richtlijnen in het algemeen afwijzen omdat ze een bedreiging zouden zijn van goede zorg. Maar het is ook zeker niet het geval dat de geïnterviewden zonder nadenken alle aanbevelingen als een voorschrift opvolgen. Er worden tal voorbeelden genoemd waaruit blijkt dat per situatie wordt beoordeeld of een aanbeveling past of niet. Meestal wordt de aanbeveling aangepast naar aanleiding van

patiëntvoorkeuren zoals bijvoorbeeld een specifiek gewenst resultaat van de behandeling ('de naam van de kinderen goed kunnen spreken') of patiëntkenmerken (emotionele labiliteit waardoor men geen testen kan afnemen, aard van de afasie die niet past bij de aanbeveling om voor iedereen een communicatieadvies te schrijven), die door de logopedist worden 'verwerkt' in een specifieke handelwijze. Ook hier worden de aanbevelingen beleefd als opties; ze worden op een professionele manier gebruikt in het proces van goede zorg. Frequent wordt genoemd dat therapie maatwerk is en dat richtlijnen daarbij een steun kunnen zijn, maar niet als verplichtend ervaren worden. De *sociology of disease* (Timmermans & Haas 2008) pleit voor meer aandacht voor de inhoud van het zorgproces bij het onderzoek naar sociale relaties rondom ziekte. Vanuit deze invalshoek wordt vanuit de inhoud van het zorgproces gekeken naar gedrag, en dan kan blijken dat 'presentie' en EBM geen tegenstelling vormen maar beide een rol spelen, zelfs kan gesteld worden dat soms de richtlijnen de voorwaarden scheppen om presentie te kunnen bieden.

Vanuit de visie van de *sociology of disease* kan de discussie over richtlijnen gevoerd worden vanuit de inhoud.

De spraakverwarring in de literatuur over richtlijnen in relatie tot professionalisering en goede zorg is wellicht het gevolg van het feit dat met te weinig nuance wordt gekeken naar richtlijnen en naar de inhoud van zorg.

Richtlijnen zijn verzamelingen van aanbevelingen die heel verschillend van inhoud kunnen zijn. Zoals uit het onderzoek blijkt, wordt met verschillende aanbevelingen anders omgegaan. Er kan gespeculeerd worden over de reden waarom een groot aantal aanbevelingen niet wordt genoemd in de interviews. Zijn deze aanbevelingen inmiddels volledig 'ingeburgerd' en worden ze in de praktijk niet meer herkend als aanbevelingen? Of staan ze juist zo ver af van het dagelijks handelen dat ze uit zicht zijn geraakt?

Van de aanbevelingen waarover wél wordt gesproken worden sommige meer als standaard ('flexibele standaard'), andere meer als optie gezien.

Beperkingen

Bij de interpretatie van de resultaten en conclusies van dit onderzoek moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen. Er is sprake van een kleine groep deelnemers aan de interviews en er kan sprake zijn van *selection bias*, omdat de deelnemende logopedisten allen deel uitmaken van de *peer group* van de onderzoeker. Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat de onderzoeker zelf ook logopedist is. Dit gegeven kan de betrokkenheid van de onderzochte personen hebben vergroot, aangezien zij zich vertrouwd voelden met de onderzoeker en konden uitgaan van een gedeelde interesse in het onderwerp van gesprek. Een nadeel kan zijn dat de onderzoeker zelf te betrokken is bij het

onderwerp en onvoldoende neutraal is bij het interpreteren van de resultaten. Hoewel het een kenmerk is van kwalitatief onderzoek dat de onderzoeker betrokken is bij het onderwerp van onderzoek, is het niet de bedoeling dat de resultaten en interpretaties al te zeer worden beïnvloed door mogelijke vooroordelen en veronderstellingen van de onderzoeker. Door alle geïnterviewde logopedisten een gespreksverslag te sturen is geprobeerd de betrouwbaarheid van de waarnemingen te vergroten. Regelmatige kritische gesprekken met docenten en studenten over de juistheid van de interpretaties hebben bijgedragen aan de validiteit van de interpretaties.

In de loop van het onderzoek bleek één van de deelvragen (hoe waarderen logopedisten richtlijnen in relatie tot de status van het beroep logopedie?) moeilijk te beantwoorden vanuit de verkregen data. Ook een interview met een revalidatie-arts, later uitgevoerd specifiek met het oog op de beantwoording van deze deelvraag, leverde weinig gegevens op; de vraag bleek te weinig relatie te hebben met de hoofdvraag over het gebruik van richtlijnen en is verder buiten beschouwing gelaten. Er zijn in het definitieve verslag slechts enkele citaten gebruikt van de arts.

6. Aanbevelingen

Bij richtlijnontwikkeling is de hiërarchie van *evidence* leidend bij het formuleren van aanbevelingen. In de praktijk blijkt dat een aanbeveling die is gebaseerd op een hoog niveau van *evidence* niet per definitie ook een grote aanbevelingskracht heeft in de praktijk. Het kan nuttig zijn om bij aanbevelingen aan te geven of deze in de praktijk zouden moeten worden beschouwd als optie, dan wel als standaard.

In de literatuur beweegt de discussie over de relatie tussen richtlijnen zich tussen uitersten: ófwel is men van mening dat het gebruik van richtlijnen leidt tot slechte zorg, ófwel is men van mening dat er zónder richtlijnen sprake is van slechte zorg. De argumenten in deze discussie zijn afkomstig uit een procesvisie, vaak gebaseerd op de *sociology of professions*. De noodzakelijke nuance kan in deze discussie worden gebracht door de inhoud van de zorg (*sociology of disease*) als aangrijpingspunt te nemen. Er kan dan ruimte ontstaan voor de mening dat het mogelijk is op professionele wijze gebruik te maken van richtlijnen, namelijk door per situatie te bepalen of de richtlijn passend is bij de omstandigheden. ‘Dokteren met richtlijnen’ wordt dan gezien als professioneel gedrag, passend bij het leveren van goede zorg.

Het verdient aanbeveling richtlijnen te bespreken binnen de organisatie en per aanbeveling te bepalen of deze geldt als optie of als (flexibele) standaard. Bij dit overleg zouden zowel de logopedisten als de artsen en managers betrokken moeten zijn. Zo’n overleg kan worden gezien als een ontwikkelgroep die voornamelijk gebruik maakt van het *repertoire of practice*, en op die manier *evidence based* richtlijnen inbedt in de organisatie.

Het onderzoek naar het gebruik van richtlijnen in de praktijk ontbeert nuance. Als per aanbeveling wordt onderzocht of en waarom een professional deze toepast in de praktijk, kan meer inzicht ontstaan in de waarde van richtlijnen in relatie tot goede zorg en in de relatie tussen sterkte van *evidence*, aanbevelingskracht en veranderkracht van aanbevelingen.

Tijdens de interviews die uitgevoerd zijn voor dit onderzoek is er regelmatig sprake van samenwerking tussen artsen, logopedisten en managers in het kader van het toepassen van richtlijnen in een organisatie.

Dit soort samenwerking lijkt zowel de opvatting van Freidson (2001) als van Light (2000) te weerspreken. Het kan interessant zijn te onderzoeken in hoeverre deze theorieën in de dagelijkse klinische praktijk in een revalidatiecentrum ‘aantoonbaar’ zijn.

Literatuur

Beer, J. de. 2008. Standaarden en richtlijnen. In: Meulenberg-Brouwer, A. et al. *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma.

Berg, M. 1997. Problems and promises of the protocol. *Social Science & Medicine* 44, (8): 1081-8.

Berg, M., K. Horstman, S. Plass, and M. van Heusden. 2000. Guidelines, professionals and the production of objectivity: Standardisation and the professionalism of insurance medicine. *Sociology of Health and Illness* 22, (6): 765-91.

Boeije, H. 2008. *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Boomonderwijs.

Cabana, M. D. et al. 1999. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama* 282, (15): 1458.

Commissie CVA-revalidatie. 2001. Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting

Field, M.J. and Lohr, K.N. (eds). 1990. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. National Academy Press: Washington, DC.

Fleuren, M. et al. 2009. *Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument*. Regieraad Kwaliteit van Zorg. KvL/P&Z 2009.097

Freidson, E. 2001. 'The Assault on Professionalism.' In: E. Freidson (Ed.), *Professionalism: The Third Logic*, pp. 179-196. Cambridge & Oxford: Polity.

Grimshaw, J., and M. Eccles. 2004. Implementing clinical guidelines: Current evidence and future implications. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 24, S31-S37

Jong, J.D. de. 2008. Explaining medical practice variation. Social organization and institutional mechanisms. Utrecht: Nivel.

Kalf, J.G. et al. 2008. *Logopedie bij de ziekte van Parkinson. Een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*. Den Haag: Lemma.

Klazinga, N. 1994. Compliance with practice guidelines: Clinical autonomy revisited* 1. *Health Policy* 28 (1): 51-66.

Kuiper, C. 2001. Het paramedisch paradigma. In: Kuiper, C. & M. Balm (red.). *Paramedisch handelen*. Utrecht: Lemma.

Light, D. W. 2000. 'The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power.' In: C. E. Bird, P. Conrad & A. M. Fremont (Eds.), *Handbook of medical sociology*, pp. 201-216. London etc.: Prentice Hall.

Mol, A. 2006. Proving or improving: On health care research as a form of self-reflection. *Qualitative Health Research* 16, (3): 405.

Moreira, T. 2005. Diversity in clinical guidelines: The role of repertoires of evaluation. *Social Science & Medicine* 60, (9): 1975-85.

Nederlandse vereniging voor neurologie/CBO. 2008. Richtlijn: Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte.

NVLF. 2003. *Beroepsprofiel logopedist*. Gouda: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Oertle, Marc, and Roland Bal. forthcoming. Understanding non-adherence in chronic heart failure: a mixed-method case study. *Quality & Safety in Health Care*.

Sackett, D. L., and W. Rosenberg. 1995. On the need for evidence-based medicine. *Journal of Public Health* 17, (3): 330.

Smeijsters, Henk. 2006. Vakmanschap is meesterschap. De professional als middelpunt van management en onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 61 (11): 930-941.

Stevens, F. C. J., J. P. M. Diederiks, F. Grit, and F. van der Horst. 2007. Exclusive, idiosyncratic and collective expertise in the interprofessional arena: The case of optometry and eye care in the netherlands. *Sociology of Health & Illness* 29, (4): 481-96.

Stoopendaal, A. & H. Kröber. 2007. Wie presentie zaait, zal presentie oogsten. *ZM* (1): 2-5

Timmermans, S., and A. Mauck. 2005. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs* 24, (1): 18.

Timmermans, S., and S. Haas. 2008. Towards a sociology of disease. *Sociology of Health & Illness* 30, (5): 659-76.

Weisz, G., A. Cambrosio, P. Keating, L. Knaapen, T. Schlich, and V. J. Tournay. 2007. The emergence of clinical practice guidelines. *The Milbank Quarterly*: 691-727.

Wennberg, J. E. 1984. Dealing with medical practice variations: A proposal for action. *Health Affairs (Millwood, Va.)* 3, (2) (-05-01): 6-32.

Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1973. Small area variations in health care delivery: A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* 182 (4117): 1102.

Wilensky, Harold H. L. 1964. The professionalization of everyone? *The American Journal of Sociology* 70, (2): 137.

Woolf, S. H., R. Grol, A. Hutchinson, M. Eccles, and J. Grimshaw. 1999. Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal* 318, (7182): 527.

Zipoli Jr, R. P. 2005. Evidence-based practice among speech-language pathologists: Attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology* 14 (3): 208.

Websites:

(CBO). 2010. *Richtlijnen*. [Internet]. Z.d. [aangehaald op 26-05-2010]. Bereikbaar op <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen>

(Stichting presentie). 2010. [Internet]. 21-06-2010 [aangehaald op 24-06-2010]. Bereikbaar op <http://www.presentie.nl>

(NVLF). 2010. *Verenigingsstructuur*. [Internet]. 30-06-2010. [aangehaald op 30-06-2010]. Bereikbaar op <http://nvlf.logopedie.nl/site/verenigingsstructuur>

In de interviews genoemde logopedische test- en therapiematerialen:

Bangert, V., Hermsen, V., Stigler, N., Stille, R., Wigman, S. 2003. *De Pitch Limiting Voice Treatment. Stemtherapie voor patiënten met de ziekte van Parkinson*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Graetz, P., Bleser, R. de & Willmes, K. 1992. *Akense Afasie Test. Nederlandse versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Knuijt, S. & de Swart, B.J.M. 2007. *Handleiding 'Radboud Dysartrieonderzoek'*. Nijmegen: UMC St Radboud. URL www.umcn.nl/logopedie.

Lambert, J. & Rutten, Ch. 1996. *Frenchay Dysartrie Onderzoek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Meulen, I. van der., Sandt-Koenderman, M. van de, Gelder-Houthuizen, J. van, Wieggers, J, Wielaert, S. 2009. *Scenario Test. Verbale en non-verbale communicatie bij afasie*. Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Rijn, M.van, Booij, L. & Visch-Brink, E. 2004. *FIKS, Fonologische Afasietherapie*. Pearson.

Visch-Brink, E & Bajema, I. 2001. *BOX, Semantische Afasietherapie*. Pearson.