

Richtlijnmakers kritisch over Kwaliteitsinstituut

In het nieuwe Zorginstituut Nederland spelen richtlijnen een grote rol. Het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Integraal Kankercentrum Nederland en de Orde van Medisch Specialisten hopen dat er praktisch zal worden omgegaan met bestaande structuren: 'Laten we geen dubbel werk gaan doen.'

De voordelen van richtlijnen en standaarden zijn duidelijk: ze kunnen de kwaliteit verhogen en zorgen voor meer uniformiteit. Maar ze vormen ook grond voor domeinstrijd; tussen verschillende groepen dokters, tussen eerste en tweede lijn, tussen zorgverleners en patiënten. Waardoor soms richtlijnen verschijnen die nadrukkelijk niet door patiënten worden onderschreven. Of in het geheel niet tot stand komen. Dat houdt kwaliteitsverbetering in de zorg tegen, en moet verleden tijd zijn, is het idee achter het Kwaliteitsinstituut. Samen met het CVZ vormt het per 1 april het Zorginstituut Nederland (ZiN).

Relevante partijen

Een belangrijk onderdeel van het Kwaliteitsinstituut is het register waarin kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten staan. Alles wat erin komt, moet aan bepaalde eisen voldoen, die in een zogenaamd toetsingskader omschreven staan. Een belangrijke eis: relevante partijen moeten betrokken zijn bij de ontwikkeling en dragen de standaard gezamenlijk voor. Onder die relevante partijen horen in ieder geval vertegenwoordigers van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten. Als aan alle eisen wordt voldaan – of men een goed plan heeft hoe de ontbrekende eisen zullen worden ingevuld – volgt opname in het register. Met als belangrijkste doel dat het voor iedereen in Nederland inzichtelijk is wat goede zorg voor een bepaalde groep patiënten is. En dat iedereen het daarover eens is. Een fraai doel, vindt Jako Burgers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): 'Die beweging van kwaliteitsverbetering, samen opgaand met een streven naar doelmatigheid, is uitstekend. De mogelijkheid om wat te duwen en te trekken waar het veld in gebreke blijft, vind ik ook prima.' Eefje Verhoof, hoofd richtlijnen bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL): 'Wij onderschrijven het achterliggende idee dat verschillende partijen achter richtlijnen staan, en dat er meer aandacht komt voor implementatie ervan en het vastleggen van indicatoren.'



Opvallende afwezigen

Eind januari werden de eerste documenten in het register opgenomen: een al langer bestaande zorgstandaard COPD, zorgstandaarden dementie en dwarslaesie, twee CQ-indexen (meetinstrumenten waarmee patiënttevredenheid in kaart wordt gebracht) en twee oncologische richtlijnen van het IKNL. Opvallende afwezigen: NHG-Standaarden of tweede-lijns richtlijnen die op dit moment in de richtlijndatabase van medisch specialisten worden gezet.

Die verenigingen hebben dan ook nog wel wat vragen bij het Kwaliteitsinstituut, en zeker bij het register. Het NHG en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) zouden het liefst zien dat hun hele pakket richtlijnen in één klap wordt opgenomen. Burgers: 'We willen wel meewerken, mits er wordt gezegd: dat NHG-programma ziet er goed uit, met enkele aandachtspunten voor de toekomst, zoals accordering door patiëntorganisaties. Wij betrekken het patiëntperspectief wel steeds meer bij de standaarden, maar accordering van alle afzonderlijke standaarden zou enorme vertraging opleveren, daar voelen wij niet voor.' Of het Kwaliteitsinstituut daarmee akkoord gaat, is de vraag, valt af te leiden uit de woorden van Hans van den Hoek (ZiN): 'NHG-Standaarden zijn goede richtlijnen, maar dat zegt nog niet dat ze aan alle eisen voldoen. Dat is geen diskwalificatie van richtlijnen, maar we stellen nu eenmaal met zijn allen steeds meer nieuwe eisen. Het is niet de bedoeling om het rode potlood te hanteren, maar we willen zorgen dat het veld in beweging blijft.'

Dubbel werk

Net als Burgers, hoopt Verhoof dat er praktisch zal worden omgegaan met bestaande structuren: 'Laten we geen dubbel werk gaan doen. Wij vullen samen met het kennisinstituut van medisch specialisten de nieuwe richtlijndatabase. We hopen niet dat het ZiN iets nieuws gaat opzetten, terwijl er al zoiets groots is gebouwd en gevuld.' Van den Hoek: 'Ik sluit niet uit dat er bijvoorbeeld verschillende ingangen komen voor hetzelfde

materiaal. Patiënten zoeken op een andere manier dan artsen, daar zul je rekening mee moeten houden.' Er is nog een andere reden waarom verenigingen niet willen dat elk document los beoordeeld moet worden, zegt Burgers: 'Sommige komen er dan wel in, andere niet. Dan kunnen ook zorgverzekeraars zeggen: we kijken toch anders naar richtlijnen die niet in het register staan. Wat betekent dat voor contractering? Daar zijn wel zorgen over.' Een vergelijkbaar gevoel leeft bij de medisch specialisten, zegt Marjon Kallewaard, directeur Kwaliteit bij de OMS: 'Behandelingen worden steeds meer gepersonaliseerd. Dat betekent per definitie afwijken van een richtlijn, maar wat betekent het als die richtlijn in een wettelijk register staat? Het is nog niet duidelijk hoe verzekeraars en wetgevers daarmee zullen omgaan.'

Dynamiek

Een andere punt dat nog niet voldoende duidelijk is voor NHG en OMS, is hoe zal worden omgegaan met actualiseren van richtlijnen die in het register staan. Kallewaard: 'Er moet een procedure komen die recht doet aan de dynamiek van innovatie, nieuwe inzichten en evidence. Alles wat nu in het Register komt, stolt. Terwijl we in Nederland eigenlijk zijn aanbeland in de fase van onderhoud en beheer van richtlijnen. Wij willen voorkomen dat bij elke aanpassing een enorme verantwoording moet worden bijgeleverd. Dan wordt de bureaucratische rompslomp groter dan de herziening.' Daarnaast hoopt Verhoof dat het register een middel blijft, en niet het doel: 'Er zijn richtlijnen die erg op de praktijk gericht zijn, zoals die voor palliatieve zorg. Die dragen veel bij aan de kwaliteit van zorg, maar om die registerproof te maken, dat is enorm kostbaar en voegt weinig toe. Die vallen misschien niet precies binnen dat toetsingskader, maar vinden hun weg naar de praktijk heel goed. Wij hopen dat daar met een praktische bril naar wordt gekeken.' Burgers merkt iets vergelijkbaars op: 'Sommige beroepsgroepen vullen kwaliteitsbeleid op een andere manier in,

bijvoorbeeld met certificering van instellingen, niet met richtlijnen. Als dat goed functioneert, prima. Het moet leidend zijn dat professionals en instellingen een goed kwaliteitsbeleid hebben en dat ze dat kunnen laten zien.'

Tumult

Bij de lancering van het toetsingskader en het register, eind januari dit jaar, ontstond trouwens enig tumult, toen bleek dat bij twee zorgstandaarden, namelijk dementie en dwarslaesie, relevante beroepsgroepen deze niet onderschreven. Bij dwarslaesie gaat het om de neurologen, bij dementie om de neurologen, internisten, klinisch geriateren en de huisartsen. Niet zozeer omdat de inhoud niet zou kloppen, maar om 'procedurele redenen'.

In het geval van dementie willen de beroepsverenigingen eerst hun eigen richtlijn herzien en dan pas nagaan of de zorgstandaard daarbij aansluit. Vreemd dat de standaarden toch al in het register zijn opgenomen, gezien de eis dat alle relevante partijen betrokken moeten zijn. Kallewaard: 'Ik snapte dit wel, je wilt niet in schoonheid sterven. Maar achteraf gezien was het een tikje ongelukkig om te starten met een niet onomstreden zorgstandaard.' Burgers is minder mild: 'Er wordt heel veel transparantie gevraagd van richtlijnmakers, over wie meededen, de methodiek et cetera. Maar andersom is het volstrekt onduidelijk waar het Kwaliteitsinstituut de lat legt, welke criteria doorslaggevend zijn, waarom de zorgstandaard dementie toch is toegelaten tot het register.' Van den Hoek wil zich niet uitspreken over details van zorgstandaarden, maar zegt wel: 'Als er door veel partijen veel moeite is gedaan, gooi je dat niet zomaar weg. Het zorginstituut kan dan zeggen: het is een heel breed gedragen document, we besluiten het toch op te nemen in het register. Het kan niet zo zijn dat één partij het dan tegenhoudt.' ■

web

Eerder verschenen artikelen over dit onderwerp vindt u op www.medischcontact.nl