

Bundel vakkennis in netwerkrichtlijn

Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling moet beter worden gestroomlijnd

dr. Tj. Wiersma,
teamleider richtlijnontwikkeling, Nederlands Huisartsen Genootschap

drs. E. den Breejen,
onderzoeker

dr. W. Nelen,
fertiliteitsarts

prof. dr. J. Kremer,
hoogleraar voortplantingsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum St Radboud

allen namens de projectgroep netwerkrichtlijn subfertiliteit.¹

Correspondentieadres:
t.wiersma@nhg.org;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Multidisciplinaire richtlijnen dijen meestal uit tot dikke boekwerken, die weinig praktische bruikbaarheid hebben en daarom dikwijls ongelezen blijven. Het alternatief is een netwerkrichtlijn, die expertises beter tot hun recht laat komen en vervolgens heldere verbanden legt.

Bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling werken vertegenwoordigers van (vrijwel) alle disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met een bepaalde aandoening samen aan de ontwikkeling van een richtlijn. Daardoor ontstaat gemakkelijk een zodanig grote werkgroep dat de slagvaardigheid ernstig te wensen overlaat en bovendien neemt de productietijd bedenkelijk toe. Problematisch is ook dat multidisciplinaire richtlijnen, in een poging de problematiek vanuit alle denkbare medisch-inhoudelijke

perspectieven te belichten, plegen uit te dijen tot omvangrijke boekwerken die drukbezette hulpverleners nooit zullen lezen. Door de grote nadruk op evidence en de beschrijving daarvan gaat vrijwel alle aandacht uit naar het identificeren van zinvolle zorg en blijft de vraag onderbelicht door wie en wanneer die bij voorkeur zou moeten worden geleverd. Daarnaast zijn de aanbevelingen, door niet altijd uitgesproken meningsverschillen en belangen tegenstellingen tussen de deelnemende partijen, vaak weinig concreet. Niet zelden betreft

De zorg voor een patiëntengroep is als een netwerk: de patiënt staat centraal en hulpverleners houden zich op in de knopen van het net.

beeld: iStockphoto

het beweringen over kennis en wordt verzuimd ze te formuleren in termen van concrete handelingen. Voor de praktijk van alledag bieden de richtlijnen daardoor op diverse punten onvolledige duidelijkheid. Daarnaast bestaat er gereede kans dat men elkaars werk, bijvoorbeeld elkaars diagnostisch onderzoek, over gaat doen.

Knopen van het net

Het principe van een netwerkrichtlijn beschouwt de zorg voor een patiëntengroep als een netwerk, waarbij de patiënt centraal staat en hulpverleners zich ophouden in de knopen van het net en relaties onderhouden met diverse andere professionals. Een patiënt komt binnen met zijn klacht bij een eerste hulpverlener, dikwijls de huisarts die ofwel de zaak zelf afhandelt, ofwel voor diagnostiek of behandeling de hulp inroept van een andere hulpverlener in de eerste lijn of een specialisme uit de tweede lijn. Soms blijft het daarbij, kan de behandeling spoedig worden afgesloten en keert de patiënt terug naar zijn huisarts. In andere meer complexe situaties, zoals bij de behandeling van maligne tumoren, kunnen in tweede instantie nog andere hulpverleners bij de patiënt betrokken raken. Zowel de patiënt als zijn behandelaars hebben dan relaties met uiteenlopende partijen en ieder hun eigen expertise.

Deelgebieden

Het zou goed zijn de richtlijnontwikkeling zo in te richten dat verschillen in mogelijkheden en expertise van hulpverleners bij uiteenlopende ziektes beter tot hun recht komen. Dat kan

bereikt worden door het onderwerp van de richtlijn aan het begin van het traject op te splitsen in enkele deelgebieden en ieder deelgebied overwegend te laten beschrijven door de betreffende beroepsgroep.

Daarmee krijgen de hulpverleners zeggenschap terug over hun eigen werkgebied en kunnen de aanbevelingen meer toegespitst worden op het handelen in de eigen setting. De mate waarin disciplinegenoten zich kunnen herkennen in de adviezen wordt daarmee aanzienlijk groter en dat zal de implementatie bevorderen. Ook patiënten kunnen in dit model aanbevelingen formuleren waarmee hulpverleners hun voordeel kunnen doen.

Uiteraard is het wel zaak gaandeweg het ontwikkelingsproces te waken voor eventuele inconsistenties tussen de richtlijnen onder-

ling. Daarnaast is het van belang expliciet aanbevelingen toe te voegen over onderlinge berichtgeving en samenwerking. Een centrale coördinator die ook ervaring en feeling heeft met afstemmingsprocessen, kan bij deze vorm van richtlijnontwikkeling dan ook niet worden gemist.

Aan het eind van het traject kunnen de diverse deelrichtlijnen desgewenst worden samengevoegd, maar dat hoeft niet per se. De samenwerkingsafspraken kunnen ook aan de relevante deelrichtlijnen worden toegevoegd.

Voorwaarden

De kern van het netwerkmodel is dus om het zorgtraject rondom een patiëntengroep op te splitsen in deelgebieden, zodat het formuleren van richtlijnen gebeurt door actoren die bij uitstek op dat gebied ervaring en kennis hebben. Daarna komen dan de afspraken over de samenwerking en onderlinge berichtgeving: de verbindingsslijnen in het netwerk.

Bij het onderwerp menorrhagie betekent dit bijvoorbeeld dat huisartsen zich primair richten op de medicamenteuze behandeling met hormonen, NSAID's en de indicaties voor een Mirena-spiraal, terwijl gynaecologen zich concentreren op meer invasieve procedures als ablatie van het endometrium en embolisatie van de arteria uterina. Desgewenst kunnen relevante passages uit andermans richtlijn worden overgenomen. Voorwaarden voor het welslagen van een dergelijke werkwijze is enerzijds dat men elkaars deskundigheid respecteert – waarmee ook domeinstrijd wordt voorkomen –, anderzijds bereid is energie te steken in overleg en consensusvorming bij verschillen van inzicht. Bij het laatste kan voornoemde coördinator een belangrijke rol spelen. Voorwaarde is ook dat men overlegt over de manier van samenwerken bij verwijzing en terugverwijzing en de wijze waarop men elkaar informeert en de daarover gemaakte afspraken aan de richtlijn toevoegt.

Kinderziektes

Recentelijk hebben wij met de ontwikkeling van een netwerkrichtlijn ervaring opgedaan bij het onderwerp subfertiliteit (zie *kader* op blz. 1408). De vervaardiging van de netwerkrichtlijn vertoonde nog enkele kinderziektes. Een probleem vormde de uiteenlopende richtlijnen-cultuur van de beroepsgroepen onderling, waarbij een beroepsgroep bleek terug te deinzen voor stellige of welomschreven aanbevelingen als er geen evidence van het hoogste niveau aanwezig was. Het is van belang hierop bedacht

Ook patiënten kunnen in dit model aanbevelingen formuleren

SAMENVATTING

- De traditionele multidisciplinaire richtlijnontwikkeling leidt dikwijls tot omvangrijke teksten met onvoldoende concrete aanbevelingen.
- Bij de vervaardiging van richtlijnen op het gebied van subfertiliteit werd daarom geëxperimenteerd met een werkwijze die eerst de betrokken beroepsgroepen aanbevelingen laat formuleren vanuit hun eigen deelgebied.
- Van daaruit kwam een netwerkrichtlijn tot stand die helder aangeeft welke beroepsgroep welke zorg moet leveren.

Netwerkrichtlijn Subfertiliteit

De voorhanden richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen, de NHG-Standaard Subfertiliteit van de huisartsen, de richtlijn Onverklaarde subfertiliteit van gynaecologen en de richtlijn Mannelijke subfertiliteit van de urologen, bleken op onderdelen discrepanties te vertonen en waren deels verouderd. In onderlinge samenspraak is toen besloten deze richtlijnen simultaan te herzien.

Gelijktijdig vervaardigden de klinisch chemici en de klinisch embryologen een richtlijn Semenanalyse en mochten patiënten oplossingen formuleren voor problemen waar zij tegenaan waren gelopen.

Door deze werkwijze kregen de betrokken disciplines veel meer zeggenschap over de door de eigen beroepsgroep te leveren zorg dan het geval is bij traditionele multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Zo kon de algemene vraag 'Hoe ziet de diagnostiek van een paar met onvervulde kinderwens eruit?' gemakkelijk worden opgesplitst in een deel dat in beginsel kan worden afgehandeld door de huisarts en een aanvullend deel – zoals het maken van een hysterosalpingogram of het doen van een laposcopie – dat pas hoeft te gebeuren na verwijzing naar de gynaecoloog. Overleg en afstemming zijn vooral nodig waar verwijzing naar een andere discipline aan de orde is. Voor de subfertiliteit gaan bijvoorbeeld zowel huisartsen als gynaecologen gebruikmaken van een prognostisch model, waarin wordt afgewacht zolang de zwangerschapskansen van het paar – te schatten op basis van de leeftijd van de betrokken vrouw en de kwaliteit van het sperma – in het komend jaar nog boven de 40 procent liggen. Bij een traditionele multidisciplinaire aanpak kan de kwestie 'wie doet wat' veel gemakkelijker onbesproken blijven.

De inbreng van patiënten leverde adviezen op over korte wachttijden, communicatie tussen de diverse hulpverleners en ook het verzoek van paren om vrouwen met vruchtbaarheidsproblematiek niet in dezelfde wachtruimte te ontvangen als zwangeren, daar dit om voor de hand liggende redenen voor hen niet prettig is.

Pas toen de afzonderlijke deelrichtlijnen vergesmeerd waren, zijn ze samengevoegd tot een overkoepelende netwerkrichtlijn Subfertiliteit.

De netwerkrichtlijn Subfertiliteit met onderliggende deelrichtlijnen

Naast de netwerkrichtlijnen zijn in dit boek ook de onderliggende deelrichtlijnen gebundeld: de NHG-Standaard Subfertiliteit, de NVOG-richtlijn Onverklaarde subfertiliteit, de NVOG/NVU-richtlijn Mannelijke subfertiliteit en de richtlijn Semenanalyse van de NVKC en de KLEM.

Dit boekje verschijnt ter gelegenheid van de NHG-bijeenkomst over netwerkrichtlijnen op 9 juni.




te zijn en in een vroeg stadium af te spreken hoe hiermee moet worden omgegaan, want dergelijke terughoudendheid kan de transparantie over het eigen handelen voor andere partijen frustreren.

Tevens liet de voortgang van de deelrichtlijnen af en toe te wensen over, omdat deze afhankelijk was van de inzet van drukbezette vrijwilligers, en de subsidieverstrekker niet wenste te voorzien in geld voor professionele ondersteuning bij het schrijven van monodisciplinaire producten.

Een open vraag is nog of het nodig is de diverse deelrichtlijnen aan het eind van het traject samen te voegen en te vatten tot een overkoepelend netwerkrichtlijndocument, zoals bij de richtlijn Subfertiliteit het geval was. Beschouwt men de deelrichtlijnen als de knopen van het net en de daarin te incorporeren samenwerkingsafspraken als de verbindingslijnen dan vormt het netwerk zich vanzelf en is een overkoepelend document idealiter overbodig.

Veelbelovend

Ondanks deze kinderziektes lijkt het netwerkmodel veelbelovend genoeg om de eerstkomende jaren meer ervaring mee op te doen. Het NHG zal daarom de revisie van zijn standaarden meer structureel synchroon laten lopen met de revisie van aanpalende richtlijnen van medisch specialisten en paramedici. Bij enkele standaarden wordt inmiddels op die manier gewerkt.

De toekomst van het netwerkmodel bij grotere onderwerpen als diabetes mellitus en hartfalen zal mede afhangen van de vraag of deze manier van werken ook in de ogen van adviesorganen als de Regieraad en subsidieverstrekkers als ZonMw genade zullen vinden. Gunstig voor teken is dat de Regieraad het model in zijn beleidsnotities heeft opgenomen. 



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoot

1. De projectgroep subfertiliteit bestaat daarnaast uit de volgende leden: dr. J.A. Vriezen en drs. J. van Balen, teamleiders sectie samenwerking Nederlands Huisartsen Genootschap en dr. R.P.M.G. Hermens, senior onderzoeker IQ Healthcare, Universitair Medisch Centrum St Radboud.