

SNELHEID IN DE RICHTLIJNPRODUCTIE

Tijdrovende procedures doen de actualiteit teniet

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Richtlijnen moeten transparant zijn en ze moeten zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Voor toepassing wordt een richtlijn geautoriseerd door de betreffende wetenschappelijke vereniging. Dit kan zo'n tijdrovend proces zijn dat de actualiteit van een richtlijn in het gedrang komt.

C.W.P.M. HUKKELHOVEN c.s.

Sinds de jaren tachtig ontwikkelt het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO richtlijnen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het ontwikkelen van richtlijnen heeft sindsdien een evolutie doorgemaakt. Aanvankelijk werd een richtlijn voornamelijk gebaseerd op consensus; naderhand zijn literatuuronderzoek en de explicitering van de bewijsvoering een grote rol gaan spelen.¹ Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen wetenschappelijk bewijs en overige overwegingen (waaronder het patiëntenperspectief). Dit onderscheid maakt duidelijk hoe de werkgroep tot een bepaalde aanbeveling komt, wat de transparantie van de richtlijn vergroot. Daarnaast vergemakkelijkt een dergelijke

ordening (in bewijsvoering, conclusie, overwegingen en aanbevelingen) de oriëntatie in de onderbouwing van het aangedragen wetenschappelijk onderzoek en de praktische toepassing daarvan in het medisch handelen.

Als een conceptribrichtlijn gereed is, volgt de commentaarronde, de autorisatie (formele goedkeuring) en de publicatie en verspreiding van de richtlijn. Ook voor een evidence-based richtlijn is brede consensus onder de doelgroep een voorwaarde voor succesvolle toepassing.²

In de commentaarronde wordt het concept voorgelegd aan de toekomstige gebruikers. Doel hiervan is inhoudelijke feedback verkrijgen, de tekst verbeteren, het draagvlak verbreden en de richtlijn onder de doelgroep introduceren. Tot op heden is geen onderzoek gedaan naar bestaande procedures voor het leveren van commentaar, het autoriseren en het verspreiden van de richtlijn. Onze inventarisatie beoogt meer inzicht te verkrijgen in deze procedures bij wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten voor zowel mono- als multidisciplinaire richtlijnen.

AUTORISEREN

De Medisch Wetenschappelijke Raad (MWR) van het CBO heeft alle dertig bij de Orde van Medisch Specialisten aangesloten wetenschappelijke verenigingen aangeschreven voor informatie over de bij hen gebruikelijke autorisatieprocedure. Over de volgende onderwerpen is specifieke informatie gevraagd:

- * Welke procedure(s) worden gebruikt in de commentaarfase en bij de autorisatie?
- * Staan richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen op eigen websites? Zijn richtlijnen op deze websites ook voor het publiek toegankelijk en, zo niet, wordt hierover gediscussieerd? Wat is, bij discussie, het standpunt binnen de vereniging?

De informatieverzoeken zijn december 2005 naar de verenigingen verstuurd. Verenigingen die niet reageerden, kregen maart 2006 een herinnering.

GREMIA

Van de dertig verenigingen hebben er 23 (77%) gereageerd.³ De kwaliteit van de reacties was hoog. De meeste verenigingen hebben hun procedures uitgebreid beschreven. Tien verenigingen hanteren al lange tijd eigen gestandaardiseerde

en uitgeschreven procedures; bij andere verenigingen verkeert het ontwikkelen van een procedure nog in het beginstadium. Voor sommige verenigingen vormde het verzoek van de MWR aanleiding voor een uitgebreide discussie en voornemens om het beleid aan te passen. Het gebruik van gestandaardiseerde procedures hangt niet samen met de grootte van de vereniging.

Veel verenigingen maken onderscheid tussen gremia waaraan commentaar wordt gevraagd en gremia die een richtlijn autoriseren. Een aantal verenigingen kent aparte procedures voor 'eigen' richtlijnen en voor richtlijnen waaraan de vereniging alleen medewerking verleent, dan wel richtlijnen die van nut kunnen zijn voor haar leden. In het laatste geval is de procedure vaak minder uitgebreid.

'Eigen' richtlijnen kunnen zowel mono- als multidisciplinair zijn. Daarbij is niet altijd duidelijk wat onder mono- en multidisciplinair wordt verstaan. Het lijkt erop dat de meeste monodiscipli-

ningen geselecteerde professionals en één vereniging stuurt de richtlijn voor commentaar naar een representatieve patiëntengroep, indien de richtlijn zich hiervoor leent.

Bij tien van de 23 verenigingen vindt goedkeuring van de richtlijn plaats in een algemene ledenvergadering. Bij de overige verenigingen wordt de richtlijn goedgekeurd door het bestuur, al dan niet geadviseerd door een of meer commissies. Twee verenigingen gaven geen informatie over welke partij(en) uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de goedkeuring van de richtlijn. Na goedkeuring geldt de richtlijn als leidraad voor de beroepsgroep.

PUBLIEK

Achttien van de 23 verenigingen publiceren de richtlijn op hun website of zorgen voor een link naar de richtlijn als die niet door de betreffende vereniging is geïnitieerd. Twee verenigingen stellen de richtlijnen nog niet beschikbaar op hun website, maar hebben wel het voornemen dit

Het gebruik van gestandaardiseerde procedures hangt niet samen met de grootte van de vereniging

naire richtlijnen tot stand komen zonder inbreng van buitenaf (of hooguit met adviezen van derden, zoals gezondheidsjuristen), terwijl bij een multidisciplinaire richtlijn altijd meer beroepsorganisaties en partijen zijn betrokken. Dat kunnen andere wetenschappelijke verenigingen zijn, maar ook verpleegkundigen, paramedische disciplines en patiëntenorganisaties. Vaak is de procedure voor monodisciplinaire richtlijnen wat strakker georganiseerd dan die voor multidisciplinaire richtlijnen.

GOEDKEURING

Vrijwel alle verenigingen verzoeken hun leden op persoonlijke titel commentaar te leveren op een conceptribrichtlijn, hetzij door het concept op de website van de vereniging te plaatsen, hetzij via de algemene ledenvergadering. Zeventien van de 23 verenigingen raadplegen één of meer commissies of werkgroepen, de overige zes vragen de leden of de algemene ledenvergadering om commentaar. Daarnaast consulteren vier vereni-

te doen, twee verenigingen geven geen informatie over publicatie op internet.

Van de verenigingen die de richtlijnen op hun website publiceren, stelt ongeveer de helft deze open voor het grote publiek. Drie verenigingen doen dit nog niet, maar overwegen dit wel. Zeven verenigingen publiceren richtlijnen alleen op het besloten deel van hun website, vanwege het vaktechnische en specialistische karakter ervan.

KNELPUNTEN

De huidige procedures verklaren voor een deel de problemen bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. We noemen er enkele en geven mogelijke oplossingen aan.

A. representativiteit van werkgroepleden

De commentaarronde is vooral bedoeld om de werkgroep te behoeden voor een tunnelvisie. Omissies en storende fouten zijn dan nog te corrigeren. De richtlijn, die veelal uitspraken bevat over wat wenselijk is, kan worden >>

<< getoetst aan de dagelijkse praktijk. Als dit zorgvuldig gebeurt, wordt hiermee een breed draagvlak gecreëerd. Soms komt men voor verrassingen te staan als een werkgroep eerder tot compromissen geneigd is dan zijn achterban. Ook kan er sprake zijn van interne verdeeldheid binnen de vereniging of van discrepantie met een eigen monodisciplinaire richtlijn waarop de richtlijn moet wor-

en mogelijk ook de implementatie van de richtlijn ten goede. De slagvaardigheid kan toenemen door, net als bij het Nederlands Huisartsen Genootschap, een aparte autorisatiecommissie in te stellen. Ook is af te spreken dat alle verenigingen in het voor- en het najaar de autorisatie van richtlijnen op hun agenda zetten, zodat een en ander beter wordt gesynchroniseerd.

(hiv), die de laatste twee jaar twee keer zijn herzien.

D. weerstanden

Hoewel richtlijnen steeds meer een geaccepteerd onderdeel zijn van de vakontwikkeling, leven er nog steeds weerstanden tegen richtlijnen.⁵ Ze worden soms ervaren als een aantasting van de professionele autonomie, waarbij onvoldoende recht wordt gedaan aan de individuele, unieke situatie van arts en patiënt. Als richtlijnen dan toch nodig zijn vanwege de tendens naar meer transparantie en verantwoording, bestaat er vaak een voorkeur voor 'eigen' richtlijnen. Die zijn soms achter codewoorden op websites geplaatst, wellicht met de gedachte dat patiënten of derden er misbruik van zouden kunnen maken. In opzet zijn richtlijnen bedoeld als ondersteuning bij het nemen van medische beslissingen en niet om er op te worden afgerekend.

Richtlijnen zijn - niet meer en niet minder - richtlijnen en geen wettelijke voorschriften. Er *kán* dus van worden afgeweken, mits gemotiveerd en liefst ook gedocumenteerd. Richtlijnen kunnen de basis vormen voor normering maar zijn niet de normen zelf. Anders zou niemand nog willen meewerken aan richtlijnontwikkeling.⁶

Om misverstanden te voorkomen, moeten doel en karakter van richtlijnen goed worden uitgelegd, zowel aan werkgroepleden als aan toekomstige gebruikers en derden.

DYNAMIEK

De commentaar- en autorisatieprocedures en de verspreiding van multidisciplinaire en specialistische richtlijnen zijn tot op heden nog weinig gespecificeerd en gestandaardiseerd, een aantal verenigingen uitgezonderd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap volgt al jarenlang een formele procedure, waarin de autorisatiecommissie de richtlijnen ook inhoudelijk toetst.⁷

De vraag is of het wenselijk is om uniforme criteria voor alle verenigingen op te stellen, of dat de procedure moet worden overgelaten aan de dynamiek van elke vereniging. De grootte van de vereniging, variërend van minder dan 100 (neurochirurgen) tot bijna 3000 leden (psychiaters), het ledenpercentage en het percentage dienstverbanders en academici (vergelijk kinderartsen met plastisch chirurgen) is medebepalend voor de cultuur en daarmee ook voor de

Langdurige commentaar- en autorisatieprocedures vertragen de herziening van richtlijnen

den afgestemd. Daarom is het wenselijk dat er binnen de vereniging een vast aanspreekpunt is voor zaken rond richtlijnen, zowel voor het werkgroep lid als voor de commentaar ronde. Bij een kleine vereniging kan dit het bestuur zijn, bij een grotere vereniging een aparte commissie.

B. trage besluitvorming

Veel verenigingen hebben slechts een paar keer per jaar een vergadering waarin richtlijnen worden besproken en goedgekeurd. Het leidt tot veel oponthoud als individuele leden de tekst pas goedkeuren als deze tot in detail naar hun zin is. Ook kunnen politieke overwegingen of belangenconflicten een rol spelen, waardoor een vereniging meer tijd nodig heeft om een richtlijn te accepteren. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij de richtlijn Intensive care.⁴ Overigens kwam deze brede discussie wel de bekendheid

C. herzieningen van richtlijnen

Een goede richtlijn sluit aan bij de actualiteit. Hiertoe moet de richtlijn regelmatig worden bijgesteld of herzien. Steeds meer richtlijnen krijgen de status van 'levende richtlijn', waarbij jaarlijks wordt gekeken of een herziening nodig is. Vaak betreft een herziening een noodzakelijk maar beperkt onderdeel van de richtlijn. Langdurige en uitgebreide commentaar- en autorisatieprocedures werken dan vertragend en vergen veel onnodige inspanning van de vereniging en haar leden. Een verkorte procedure, bijvoorbeeld door een panel van experts, kan hiervoor een oplossing zijn. Ook kan de werkgroep een mandaat krijgen om onderhoud te plegen aan de richtlijn, die dan via een formele consultatieronde wordt goedgekeurd. Hiermee zijn goede ervaringen opgedaan bij de richtlijn Behandeling mammacarcinoom en de richtlijn Antiretrovirale behandeling

SAMENVATTING

- De wetenschappelijke verenigingen hanteren bij het becommentariëren en goedkeuren van richtlijnen verschillende procedures.
- Het lijkt nuttig om afspraken te maken over de fasering en planning, in verband met de toenemende productie van richtlijnen en de behoefte aan herzieningen.
- Door gebruik te maken van een aparte commissie kan de besluitvorming over richtlijnen binnen verenigingen efficiënter plaatsvinden.
- Alle richtlijnen, ook de concept-richtlijnen, zouden in principe openbaar toegankelijk moeten zijn via internet.

wijze waarop besluitvorming plaatsvindt. Maar ook als er geen uniforme procedures worden gehanteerd, lijkt het nuttig om afspraken te maken over de wijze waarop proces en planning verlopen. Dit vooral met het oog op de toenemende productie van richtlijnen en de behoefte aan herzieningen. Hiervoor kunnen de volgende afspraken worden gemaakt:

1. Na vrijgeving van de conceptrichtlijn kan er maximaal drie maanden commentaar worden gegeven. Een langere commentaarperiode leidt niet tot een hogere respons.
2. Zodra de definitieve richtlijntekst gereed is, moet de betrokken vereniging binnen drie maanden de richtlijn goed- dan wel afkeuren.
3. Alle richtlijnen, ook de concept-richtlijnen, zijn in principe openbaar en toegankelijk via internet.

Het is zinvol om over een paar jaar opnieuw onderzoek te doen naar de knelpunten en procedures binnen de

wetenschappelijke verenigingen, en wellicht ook daarbuiten, om meer inzicht te krijgen in de optimale procedure voor commentaarfase, autorisatie en verspreiding, zodat de kwaliteit en toepassing van toekomstige richtlijnen verder kan worden verbeterd. ■

dr. ir. C.W.P.M. Hukkelhoven,
(voormalig) adviseur

dr. J.S. Burgers,
huisarts, programmaleider Professionele Kwaliteit

dr. J.J.E. van Everdingen,
dermatoloog, secretaris Medisch Wetenschappelijke Raad

dr. C.D. van Duyn,
chirurg i.r., voorzitter Medisch Wetenschappelijke Raad

Allen zijn verbonden aan het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Correspondentieadres: j.burgers@cbo.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

J.S. Burgers en J.J.E. van Everdingen zijn betrokken bij landelijke multidisciplinaire richtlijnontwikkeling.

De referenties bij dit artikel vind u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



PRAKTIJKPERIKEL

Niet van deze tijd



Een 41-jarige alleenstaande man bezoekt hypernervus mijn arbeidsgeneeskundig spreekuur. Zijn ogen staan onrustig en hij plukt voortdurend aan zijn kin. Zijn bril staat scheef en de geur van angstzweet vult mijn kamer. Het gaat hem niet goed.

Het consult was geregeld door een alerte leidinggevende. Zij had hem aangesproken op zijn gedragsverandering. Tot voor kort was het een goede kracht, zolang hij maar precies wist wat er van hem werd verwacht. Naar klanten toe reageerde hij normaal. Maar de laatste tijd trok hij zich meer terug.

Desgevraagd vertelt hij dat hij weer in behandeling is bij het Riagg. Hij kent zijn borderline en weet er doorgaans goed mee om te gaan. Maar nadat hij op eigen initiatief zijn antidepressieve medicatie had afgebouwd, raakte hij ontregeld: nerveus, fatalistisch, lethargisch. Zijn zelfzorg schoot tekort. Rijk voor therapie.

Werken is heel belangrijk voor hem. Het levert structuur, zin en functionele contacten op. Hij wil, naast de therapie, dan ook graag blijven werken. Ik ondersteun hem daarin en samen maken we een plan van aanpak. Dat krijgt het akkoord van de leidinggevende die bereid is rekening te houden met zijn behandeling. Om de therapie niet door zijn werkzame activiteiten te laten frustreren, stel ik een afstemmingsoverleg met het Riagg voor. De man stemt in en tekent.

Op mijn brief volgt een reactie van het Riagg. 'Wij hebben moeten besluiten deze verzoeken niet meer in behandeling te nemen. De reden is dat het Riagg de situatie van zijn cliënten uitsluitend beoordeelt in relatie tot de hulpverlening en niet voor andere doeleinden. Dit om de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener zo zuiver mogelijk te houden. Bovendien vraagt het beantwoorden van de vragen een grote tijdsinvestering.'

Waar begint behandelen en houdt (re)socialisatie op? Nog even los van de AWBZ-financiering. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.