

Betrek het normalisatie-instituut NEN bij de richtlijnontwikkeling

# Regieraad is geen oplossing

prof. dr. Robbert Huijsman MBA, hoogleraar integraal zorgmanagement bij Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van Erasmus Universiteit Rotterdam en partner bij Zorg Consult Nederland in Bilthoven

drs. Konca Lüschen, arts en adviseur bij Zorg Consult Nederland in Bilthoven

Correspondentieadres:  
r.huijsman@zorgconsult.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

R. Huijsman is vice-voorzitter van het onafhankelijke kernteam dat leiding geeft aan Dali voor Pijn, een diseasemanagementprogramma van Pfizer. Hij leidt verder een promotieonderzoek naar de implementatie van COPD-diseasemanagementprogramma's van Pfizer, begeleid door een commissie van onafhankelijke experts.  
K. Lüschen heeft geen belangenverstrengeling gemeld.

Een door de minister voorgestelde regieraad zal slechts een deel van de problemen aanpakken die bestaan bij de richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg. Wat wel werkt? Schakel het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN) in.

**I**n Medisch Contact is vorig jaar gepleit voor een nationaal richtlijneninstituut en een onafhankelijke autorisatiecommissie die alle richtlijnen toetst.<sup>1</sup> Bewindslieden van VWS hebben nadien aangekondigd te streven naar een 'regieraad kwaliteit van zorg', die bestaat uit onafhankelijke, gezaghebbende experts.<sup>2</sup>

Maar er zijn meer manieren denkbaar. De voorstellen in dit artikel zijn mede gebaseerd op de uitkomsten van onderzoek naar de richtlijnontwikkeling in Nederland dat is uitgevoerd in opdracht van de brancheorganisatie van farmaceutische bedrijven, Nefarma. Daarin zijn 35 vertegenwoordigers van patiëntenvereni-

gingen, specialistenorganisaties, verzekeraars, farmaceutische bedrijven en politici bevraagd (zie tabel).

Geen van de ondervraagden is tevreden met de huidige gang van zaken. Het ontbreekt in hun ogen bovenal aan samenhang tussen richtlijnen over één onderwerp die zijn ontwikkeld door verschillende instituten, al of niet voor verschillende hulpverleners. Door gebrek aan 'probleemeigenaarschap' en centrale regie blijven het agenderen, het prioriteren, transparantie, updating, implementatie en naleving van richtlijnen een bron van zorg. Daardoor is er te veel variatie in de doorlooptijd en ontbreekt een vaste en transparante systematiek voor de

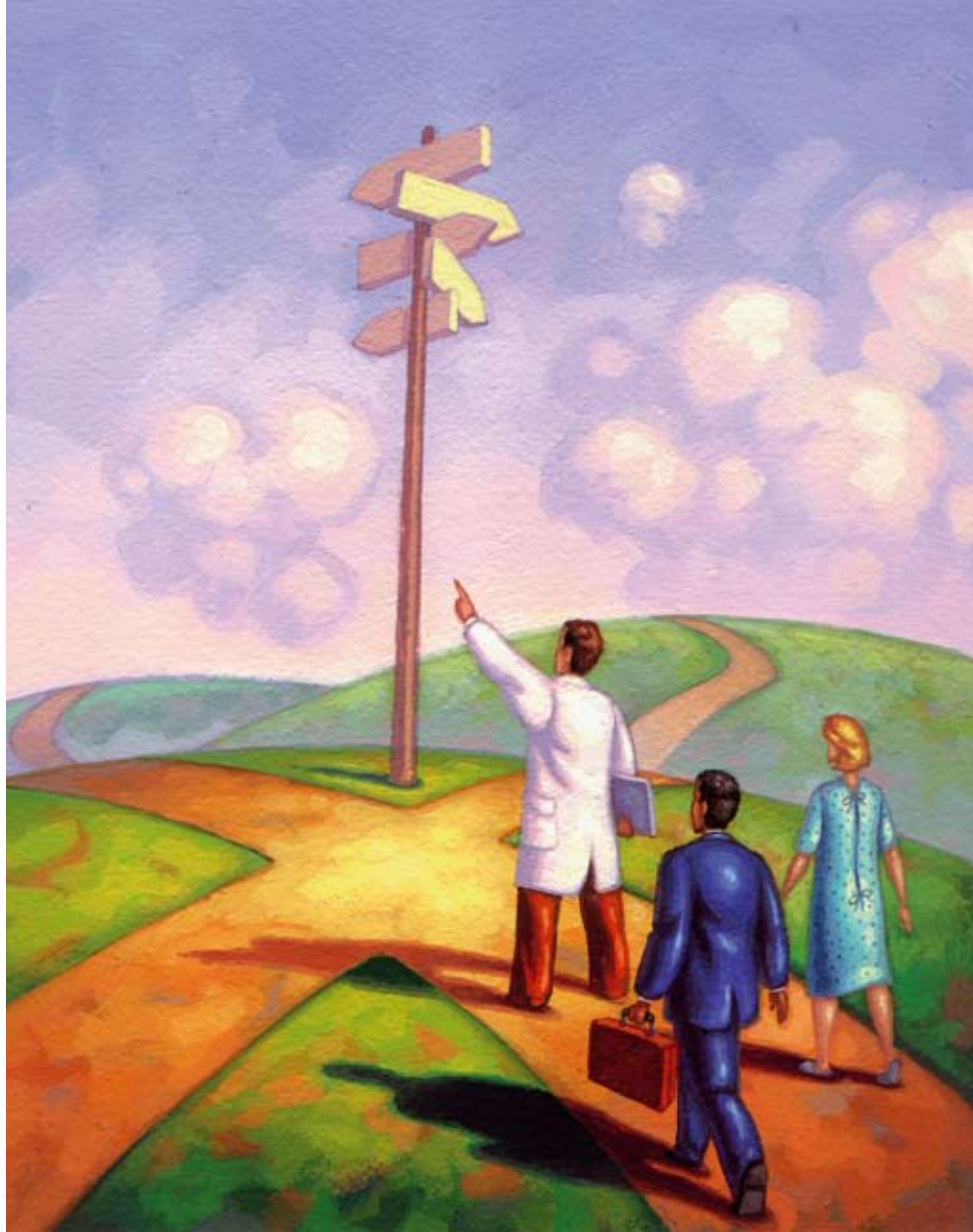
## Deelnemers tevredenheidsonderzoek richtlijnontwikkeling

belanghebbenden	benaderd en deelgenomen	wel benaderd, niet deelgenomen
patiëntenorganisaties	NPCF, CG-Raad, Astmafonds, Bloedlink, Diabetesvereniging en Crohn/Colitis Vereniging	
beroepsbeoefenaren	huisartsen en medisch specialisten, meestal hoogleraar/opleider	
koepelorganisaties	De Orde van Medisch Specialisten, KNMP, CVZ, ZonMw, CBO en NEN	NHG
zorgverzekeraars	CZ, UVIT, Achmea, Menzis	
politiek	ministerie van VWS en politici uit de Tweede Kamer (PvdA en CDA)	VVD en SP

Vertegenwoordigers van belanghebbende partijen die in opdracht van Nefarma zijn bevraagd over hun ervaringen met richtlijnontwikkeling in Nederland.

Deelnemers aan het 'tevredenheidsonderzoek richtlijnontwikkeling' missen samenhang in richtlijnen over één onderwerp.

beeld: Corbis



ontwikkeling en revisie van richtlijnen. Belanghebbenden willen daarnaast meer worden betrokken in de verschillende fasen van het proces. Tot slot staat inbedding in Europees verband nog vrijwel in de kinderschoenen.

#### **Meerjarenagenda**

De minister wil een deel van de zorgen weg nemen met een regieraad. Deze raad moet een meerjarenagenda opstellen voor het prioriteren, ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en formuleert aandachtspunten voor het gehele richtlijnproces. Verder vertaalt de regieraad dit in geharmoniseerde procedures; dit alles in nauwe samenwerking met veldpartijen, zoals wetenschappelijke verenigingen, koepelorganisaties zoals NHG en de Orde, patiëntenorganisaties en de industrie. De raad zal zich volgens het

voorstel niet mengen in de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen – dat blijft de taak van richtlijnontwikkelaars. De raad zal verdere versnippering en doublures in richtlijnontwikkeling voorkomen en zal ook de transparantie bevorderen.

Het is echter onduidelijk over wie de regieraad regie gaat voeren. In elk geval ontstaan doublures met bestaande organen zoals NHG, de Orde, het kwaliteitsinstituut CBO en ZonMw dat sinds een paar jaar verantwoordelijk is voor het prioriteren van multidisciplinaire richtlijnen. Het voorstel druist ook in tegen de huidige financiering, waarin wetenschappelijke beroepsverenigingen kwaliteitsgelden voor richtlijnontwikkeling ontvangen. De NHG en de Orde beschikken over eigen kwaliteitsgelden en willen – onder het motto wie betaalt, bepaalt – ook een stem bij het prioriteren. Het prioriteren zonder beheer van middelen is voor het centrale regieorgaan niet goed mogelijk. De regieraad krijgt van de minister dan wel een stuur, maar geen gaspedaal. Bovendien is

***De regieraad krijgt van de minister wel een stuur, maar geen gaspedaal***

## SAMENVATTING

- Het gehele richtlijnen-proces is toe aan modernisering.
- De minister van VWS denkt een deel van de problemen op te lossen met de instelling van een regieraad.
- Het lijkt er niet op dat de regieraad de problemen oplost.
- Het Nederlandse Normalisatie-instituut (NEN) biedt wel een goed alternatief.

er meer aandacht nodig voor de autorisatie van nieuwe richtlijnen en de planning van revisieschema's om te voorkomen dat de slager zijn eigen vlees keurt.

Belanghebbenden zien invoering van richtlijnen als één van de grootste problemen, vooral door gebrek aan regie. Maar dit blijft, inclusief het beschikbaar stellen van voldoende middelen hiervoor, ook na de instelling van een regieraad een gecombineerde verantwoordelijkheid van de beroepsgroep en de overheid. Wisselend moeten hieraan volgens ons ook de verschillende zorginstellingen worden gekoppeld. Tal van richtlijnen kunnen immers implicaties hebben voor de benodigde faciliteiten en middelen die bijvoorbeeld een ziekenhuis moet leveren ten behoeve van goede implementatie van een richtlijn in het dagelijkse werk van een maatschap. De industrie zou een onafhankelijk implementatiefonds kunnen oprichten, maar dan wel op brancheniveau in plaats van de farmaceutische bedrijven afzonderlijk. Dit om directe belangen bij een bepaald medicijn te voorkomen. Voor de naleving zien belanghebbenden, behalve voor de primaire beroepsgroep (via visitatie en accreditatie) ook een rol weggelegd voor de patiënt, zorgverzekeraar, zorginstelling en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

### Domeindiscussies

Een alternatief voor de regieraad is om de richtlijnontwikkeling juist nog meer bij de Orde, wetenschappelijke verenigingen en het NHG neer te leggen. Een regieorgaan agendeert en prioriteert dan slechts en verstrekt vervolgens de opdracht aan de Orde of het NHG om de richtlijn te ontwikkelen. Deze stellen, op basis van vooraf gestelde criteria, de richtlijncommissie samen en een onafhankelijke commissie autoriseert de procedure. Voor het draagvlak wordt de achterban geraadpleegd, zoals nu gebruikelijk is bij het NHG.


Richtlijnontwikkeling, implementatie en naleving blijven op deze manier in handen van de professionals. Nadeel is dat domeindiscussies tussen de eerste, tweede en derde lijn voortbestaan en multidisciplinaire richtlijnen moeilijker tot stand komen. Het belangrijkste nadeel is dat de expertise om op eenduidige wijze de richtlijnen op te stellen op verschillende plaatsen en deels opnieuw moet worden opgebouwd. Ook zullen er duidelijkere regels moeten komen voor taakverdeling en transparantie.

Het is ook mogelijk om zonder regieraad te komen tot goede regie, afname van de variatie en doorlooptijd in richtlijnontwikkeling.

Het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN) zou de richtlijnontwikkeling op zich kunnen nemen. In grote lijnen werkt het NEN als volgt. Na het instellen van de beleidscommissie kijken medewerkers van het NEN allereerst (inter)nationaal naar mogelijke doublures en bestaande consensus. Dit ontbreekt thans in de gezondheidszorg. De volgende stap is een inventarisatie van alle belanghebbenden, want zij participeren in principe en volgens heldere regels allemaal. De normen komen tot stand via consensus, onderbouwd met argumenten. De richtlijnontwikkeling volgt een sterk gestandaardiseerde projectaanpak. Zo nodig worden subcommissies ingesteld met verschillende belanghebbenden. Dan volgen externe en interne kritiekronde. Het laatste stadium is toetsing op draagvlak en afhankelijk daarvan krijgt de richtlijn status. Een onafhankelijke commissie keurt een richtlijn uiteindelijk goed. Voor de zorg betekent deze werkwijze dat het agenderen en prioriteren geen taak is van het NEN; dat is de taak van een ander orgaan. De Orde, het NHG en/of ZonMw kunnen opdrachtgever worden. De werkwijze van het NEN borgt de transparantie op de samenstelling van de richtlijncommissie en op een helder proces van breed leveren van input en creëren van draagvlak. De opdrachtgever moet vervolgens de implementatie en naleving van de richtlijn weer oppakken.

De werkwijze heeft een aantal belangrijke voordelen. De variatie in richtlijnen wordt kleiner en domeindiscussies tussen de eerste, tweede en derde lijn behoren tot het verleden. De professional heeft niet langer volledige autonomie over de inhoud van de richtlijn, maar ontwikkelt die in samenwerking met alle belanghebbenden.

### Toegevoegde waarde

De minister moet zich met belanghebbenden beraden op de meest gewenste aanpak voordat hij besluiten neemt over mono- én multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de Nederlandse gezondheidszorg. Wat wordt de toegevoegde waarde van een regieraad als er goede alternatieven zijn? Het NEN heeft zich (inter)nationaal bewezen en lijkt in staat de huidige bezwaren over de richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg weg te nemen. Bovendien komen zo ook de ervaringen in het buitenland veel sneller en systematischer tot ons. 



Het MC-artikel waar de auteur naar verwijst vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### Referenties

1. Huijsman R c.s. Oude opvattingen achterhaald; richtlijnontwikkeling meer enten op het buitenland. *Medisch Contact* 2008; 63 (20): 862-5.
2. Regie op richtlijn. Brief van dr. A. Klink en dr. J. Bussemaker aan de Tweede Kamer, 31 oktober 2008, kenmerk MC-U-2888327.