

drs. Sonja Kersten

directeur Kennis en Kwaliteit bij
Integraal Kankercentrum Neder-
land (IKNL), bestuurslid Guidelines
International Network (G-I-N)

MINDER RICHTLIJNEN GAAT TEN KOSTE VAN KWALITEIT VAN ZORG

Niet snoeien in oncologische richtlijnen

Er gaan geluiden op om het aantal oncologische richtlijnen fors terug te brengen, want dat zouden er onwerkbaar veel zijn. Sonja Kersten, directeur Kennis en Kwaliteit bij IKNL, bestrijdt dat.

Maachteld Wymenga, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO), kraakte vorig jaar in Medisch Contact (MC 37/2012: 2010) en in Medische Oncologie (november 2012) kritische noten over onder meer de inhoud, totstandkoming en bekostiging van richtlijnen voor de oncologische zorg. Zij vindt de huidige richtlijnen te omvangrijk en stelt voor deze te vervangen door vier Nederlandse richtlijnen en voorts Europese oncologische richtlijnen te voorzien van een addendum voor de Nederlandse situatie. In maart van dit jaar deed Atrium MC in Medisch Contact verslag van een inventarisatie van twaalfhonderd richtlijnen, protocollen en standaarden waaraan hun ziekenhuis moet voldoen (MC 10/2013: 546). Het Heerlense ziekenhuis gaat voortaan slechts negen van de twaalfhonderd richtlijnen volgen. Is de kwaliteit van zorg voor de patiënt

wel gegarandeerd als wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen geautoriseerde richtlijnen naast zich neerleggen? Mag er gesnoeid worden in de hoeveelheid richtlijnen?

Referentiekader

Goede richtlijnen vormen de basis van het kwaliteitsbeleid in de oncologische zorg. Maar wat is een goede richtlijn? De opvattingen daarover zijn in de loop der jaren aanzienlijk veranderd. Twaalf jaar geleden waren er welgeteld twee landelijke consensus-based richtlijnen voor de oncologische zorg. Verder moesten zorgprofessionals het doen met regionale richtlijnen die elkaar deels tegenspraken.

Goede richtlijnen
vormen de
basis van het
kwaliteitsbeleid

De variatie in zorg was voor de patiënt voelbaar, aangezien er op basis van regionale protocollen werd behandeld. Tegelijkertijd was die variatie slecht zichtbaar door het ontbreken van indicatoren. De patiënten werden overigens destijds niet eens genoemd in de definitie voor een



goede richtlijn, noch betrokken bij de ontwikkeling ervan.

Anno 2013 hebben zorgverleners 140 richtlijnen tot hun beschikking, waarvan 45 evidencebased. De richtlijnen beslaan verschillende domeinen, zoals multidisciplinaire, tumorspecifieke zorg, verpleegkundige zorg, voeding en diëtetiek, erfelijkheid, maar ook symptoomgerichte palliatieve zorg. Er is dus zeker sprake geweest van groei. Maar wildgroei? Nee.

Professionals willen niet zonder oncologische richtlijnen

De oncologische richtlijnen zijn niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk. Een onlangs door Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) uitgevoerd landelijk onderzoek onder meer dan veertienhonderd professionals toont aan dat 99 procent van hen bekend is met de oncologische richtlijnen. Het overgrote deel (94%) wil niet zonder deze richtlijnen. Deze artsen raadplegen ze ten behoeve van besluitvorming, als voorbereiding op het multidisciplinair overleg (MDO) en als professioneel referentiekader.

Compleet

Er komen geen nieuwe richtlijnen voor de oncologische zorg bij: de set is compleet. Als een vigerende richtlijn de professional onvoldoende helpt in het maken van een keuze voor een diagnostische test of het stellen van het behandelbeleid, vragen de wetenschappelijke verenigingen IKNL om een revisietraject te begeleiden. IKNL levert de procesbegeleiding en kwaliteitsbewaking in de richtlijnwerkgroepen. Daarin zitten vertegenwoordigers van verschillende wetenschappelijke verenigingen en beroeps- en patiëntenverenigingen.

Een knelpuntenanalyse aan de start van elk revisietraject zorgt voor directe aansluiting van de richtlijn bij de praktijk. Zo kan er vraag bestaan naar aanbevelingen voor specifieke patiëntenpopulaties (bijvoorbeeld de oudere patiënt of mensen met comorbiditeit) en naar uitkomstmaten als kwaliteit van leven of ziektevrije periode. Een vaak gehoorde suggestie is om in richtlijnen alleen nog aanbevelingen met harde bewijskracht op te nemen, omdat een te strikte aanbeveling bij een te lage bewijslast vervelende gevolgen kan hebben. Van dat laatste is echter geen sprake. De formulering van de aanbeveling is altijd direct gekoppeld aan de mate van bewijs. Bij sterk bewijs staat er 'u dient', bij zwakker bewijs 'de werkgroep beveelt aan'. De autonomie van de zorgprofessional blijft intact: van richtlijnen afwijken is niet alleen mogelijk maar in sommige gevallen zelfs noodzakelijk. Argumentatie is dan wel onontbeerlijk, volgens het principe van *comply or explain*.

Webapplicatie

In de media wordt een beeld geschetst van professionals die een dik richtlijnenboekwerk van bed naar bed torsen, waar ze doorheen moeten ploeteren op zoek naar de juiste informatie. Dat beeld is niet meer van deze tijd. Zorgverleners maken sinds 2001 gebruik van de webapplicatie Oncoline (zie MC 35/2011: 2050). Samen met alle wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) test IKNL op dit moment een nieuwe, op Oncoline gebaseerde landelijke richtlijnen database voor de tweede lijn. Deze gaat uit van het combineren van modules uit richtlijnen die op basis van de zoekvraag of het profiel van de gebruiker worden getoond. Op die manier komt de plaats van de richtlijn in het integrale zorgproces beter tot zijn recht. De database wordt rond de zomer van 2013 gelanceerd. Het Kwaliteitsinstituut zal voor het register geen onnodig dubbel werk uitvoeren en proberen op het systeem aan te sluiten. Eind vorig jaar hebben OMS en IKNL voor dit concept een kwaliteitsprijs in de wacht gesleept.



GETTY IMAGES

Actueel houden

De duur van een revisietraject bedraagt maximaal anderhalf jaar. Gegeven het feit dat er meer dan tienduizend nieuwe artikelen per maand over kanker worden gepubliceerd, moet de vertaling van wetenschap naar praktijk een continu proces worden. Vandaar dat de methodiek van richtlijnrevisies zich steeds meer richt op het aanpassen van modules in plaats van het herzien van de gehele richtlijn. Een module omvat de volledige beantwoording van een uitgangsvraag. Het proces wordt sneller en goedkoper, de richtlijn beter en actueler. Door de digitale toegankelijkheid en modulaire opbouw is het aantal pagina's dat een richtlijn beslaat helemaal niet meer van belang.

Het actueel houden van de modules vergt van de beroepsgroepen dat zij de kwaliteitsprocedures hierop aanpassen, bijvoorbeeld door het verlenen van meerjarenmandaten en het verkorten van de autorisatieprocedure. Wij gaan graag met de verenigingen in gesprek om deze nieuwe methodiek te verfijnen en te testen.

IKNL is van mening dat de evidence als basis van richtlijnen niet alleen interna-

tionaal gedeeld kan worden, maar ook moet worden. Wij hebben minder geloof in internationale richtlijnen, want de lokale context moet bij het formuleren van aanbevelingen niet onderschat worden.

Het aantal pagina's dat een richtlijn beslaat is helemaal niet meer van belang

Professionele en patiëntenvoorkeuren, zorglogistiek en het vergoedingsbeleid zijn maar enkele argumenten om niet te streven naar een Nederlands addendum bij internationale richtlijnen.

Dynamisch

Richtlijnen zijn geen doel op zich, maar een middel om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in Nederland is dynamisch: van consensus naar evi-

dence, van richtlijn naar indicator en van benchmark naar verbetering. Momenteel is concentratie van zorg op basis van normering hét thema. De basis voor het gehele kwaliteitsinstrumentarium (normering, audits, datasets, zorgpaden, samenwerkingsafspraken) zijn en blijven echter goede en actuele multidisciplinaire richtlijnen. Die verdienen een blijvende investering.

Alleen met richtlijnen kunnen we de 106.000 nieuwe kankerpatiënten per jaar in Nederland volgens de laatste inzichten behandelen. Dus snoeien in het woud van richtlijnen en met vier oncologische richtlijnen het gehele veld dekken? Ik hoop van niet. Dat zou namelijk onherroepelijk leiden tot toename van de kwaliteitsverschillen in de behandeling van patiënten met kanker. En daar wilden we toch juist vanaf? ■

contact

e.vanrooij@iknl.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De genoemde artikelen en de uitkomsten van het onderzoek vindt u onder aan dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

ZORGKOSTEN!

Mijn 91-jarige moeder woont geheel zelfstandig in een seniorenflat. Zij is nog heel helder van geest, maar wel slecht ter been. Mantelzorg wordt geboden door vijf kinderen, een kleinkind en enkele jongere medebewoners. Behoudens een rollator zijn hulpmiddelen niet noodzakelijk. Van professionele hulp hoeft geen gebruik te worden gemaakt. Zij is nog goed in staat haar (beperkte) medicatie voor hoge bloeddruk en lichte COPD zelf uit te zetten en in te nemen.

Wat haar echter niet lukt, is de tabletjes Lasix 25 mg met breukgleuf netjes door te breken, zodat de voorgeschreven dosering van 12,5 mg kan worden ingenomen. Ondanks overleg met de lokale apotheek kunnen de eerder

verstrekte 12,5 mg tabletten niet meer geleverd worden, omdat het goedkoopste preparaat moet worden afgeleverd.

Onze bijdrage aan het beperken van de kosten in de zorg bestaat dus nu, naast de mantelzorg, waar overigens alle betrokken zeer tevreden mee zijn, uit het zo nauwkeurig mogelijk met een aardappelschilmesje halveren van de 25 mg tabletjes Lasix, zodat moeder met een gerust hart de juiste medicatie kan blijven innemen.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl