

Wetenschappelijke verenigingen gaan niet over inrichting van de zorg

Achterkamertjespolitiek beheerst de zorg

dr. Bert Voerman,
internist-intensivist, Ziekenhuis
Amstelland, Amstelveen

Correspondentieadres:
h.j.voerman@xs4all.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Corbis

Besluiten over de inrichting van de gezondheidszorg zijn niet wetenschappelijk maar politiek van aard.

Toch ligt de ontwikkeling van procesrichtlijnen bij de wetenschappelijke verenigingen. Een zorgelijke situatie, vindt internist-intensivist Bert Voerman, want een breed debat over inhoud en gevolgen ontbreekt dan.

Naast richtlijnen voor behandeling en diagnostiek bestaan er sinds een aantal jaren ook richtlijnen die het zorgproces en de inrichting van zorg beschrijven. Deze richtlijnen gaan vooral over overleg, faciliteiten en ervaring. Om met dat laatste te beginnen: meer ervaring kan betekenen een betere behandeling. Of dat zo is, is de vraag. Leeftijd van de arts zou dan een leidend principe kunnen zijn. Immers, wie al zijn leven lang een aandoening behandelt, kan bogen op veel ervaring. Gek genoeg is dit een argument dat nauwelijks is onderzocht en niet in richtlijnen naar voren komt.

Ervaring zou zich ook kunnen weerspiegelen in het aantal patiënten dat per jaar wordt behandeld: de vraag naar de relatie tussen volume en uitkomsten van zorg. Meer

volume betekent dan meer ervaring. Of je volume per instituut of per specialist moet meten, blijft de vraag. In de meeste studies wordt niet naar individuen maar naar instituten gekeken. Waarschijnlijk omdat de belangen van instituten naar de uitkomsten van een dergelijk onderzoek groter zijn dan die van individuen. Er is behoorlijk wat onderzoek verricht naar de relatie tussen volume en uitkomsten van zorg per instituut. In dit debat kan iedereen wat van zijn gading vinden in de

literatuur. Daarom is het Consortium Kwaliteit van Zorg, een samenwerkingsverband van Erasmus Universiteit, IQ healthcare en het Nivel, recentelijk met een rapport gekomen over de relatie kwaliteit en volume van zorg.¹ Geconcludeerd wordt dat er maar zeer beperkt bewijs is. Alleen over de concentratie van hoogcomplexiteit en laagvolumezorg is er overeenstemming. Toch wordt met bijna wiskundige precisie de volumenorm opgelegd via nieuw in te voeren richtlijnen. Die volumerichtlijnen weerspiegelen dus niet het beschikbare wetenschappelijk bewijs, maar zijn gebaseerd op de *expert opinion*. Hetzelfde geldt voor de aanbevolen overlegsituaties en diagnostische faciliteiten in de richtlijnen.

Debat manipuleren

Was bij het ontwikkelen van een behandelrichtlijn de expert vaak iemand die ook daadwerkelijk veel van de in de richtlijn genoemde patiënten zag en behandelde, bij richtlijnen over de inrichting van zorg en organisaties is dat niet het geval. De mening van de experts die de nieuwe procesrichtlijnen schrijven zijn niet op ervaring gestoeld, maar politiek van aard. Wie spreekt over de inrichting van de samenleving en van de gezondheidszorg is bezig met politiek en niet met wetenschap. Dergelijke richtlijnen toch als wetenschap bestempelen, is op slinkse wijze het debat manipuleren. De belangenverstrengeling blijkt ook uit het feit

Zo neemt een kleine groep personen in Nederland grote politieke besluiten

dat nieuwe richtlijnen veelal geschreven worden door degenen die er zelf aan kunnen voldoen.

De uiteindelijke inhoud van een procesrichtlijn is dan ook de resultante van de invloed van diverse belangengroepen. Afhankelijk van de machtsverhoudingen en media-aandacht – die opmerkelijk vaak maar weinig inhoudelijke achtergronden kent – kan een aanpassing plaatsvinden. Zo zijn de volumennormen in de heelkunde al enkele malen aangepast en herinnert iedereen zich nog de schoten voor de boeg die zorgverzekeraar CZ gaf over de volumennorm voor mammachirurgie. Markt-aandeel, herverdeling in de Nederlandse gezondheidszorg dan wel reductie van het aantal ziekenhuizen met als doel kostenreductie was eerder uitgangspunt dan een verbetering van patiëntenzorg.

Politiek document

Politieke discussies dienen te worden gehouden door politieke partijen en in de diverse vertegenwoordigingen in onze samenleving die door verkiezing en na openbaar debat worden samengesteld. Hier wringt de schoen met de procesrichtlijnen. De wetenschappelijke verenigingen zijn hierop niet ingericht. Weliswaar geldt voor alle richtlijnen een commentaarfase, maar die functioneert alleen voor behandel- en diagnostiegerichtlijnen. Commentaar wordt de laatste tijd vaak online gegeven en verwerkt in de uiteindelijke versie. Accordering is meestal een hamerstuk in de – meestal maar matig bezochte – ledenvergadering van de wetenschappelijke vereniging. Door de procesrichtlijnen hetzelfde traject te laten volgen, neemt een kleine groep personen in Nederland grote politieke besluiten, met



SAMENVATTING

- Met procesrichtlijnen worden grote veranderingen in het zorgstelsel doorgevoerd.
- De procesrichtlijnen vertegenwoordigen groepsbelangen en zijn niet op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd maar op expert opinion.
- Omdat wetenschappelijke verenigingen geen politieke instituties zijn, wordt zo de democratische controle omzeild.

onvoldoende inspraak en controle. De gebruikelijke commentaarfase van een richtlijn fungeert daarbij als een schoolvoorbeeld van wat Marcuse in de jaren zestig 'repressieve tolerantie' heeft genoemd. Een idee van inspraak, maar uiteindelijk geen invloed. Voorbeelden van deze gang van zaken zijn de behandelrichtlijnen die de Stichting Oncologische Samenwerking heeft gepubliceerd. Een grote set van voorwaarden waaraan de zorg voor kankerpatiënten moet voldoen, wil een ziekenhuis deze zorg ook daadwerkelijk mogen verrichten. De samenstellers van de genoemde richtlijn geven aan alleen maar inhoudelijke normen per diagnose te willen stellen, maar realiseren zich dat er grote gevolgen voor de taakverdeling in en tussen ziekenhuizen zijn. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing van deze, als 'normeringsdocument' gepresenteerde, procesrichtlijn. Daarmee is de richtlijn een politiek document. Een breed debat over de inhoud en de gevolgen ervan is niet gevoerd.

Rookgordijn


Ander voorbeeld is de richtlijn intensive care. Recentelijk werd de nieuwe richtlijn in concept gepubliceerd. Ook hier valt op dat de wetenschappelijke bewijsvoering mager tot afwezig is, de inbreng van de richtlijnschrijvers overheersend en de gevolgen zeer groot. Door een onderscheid in kern- en basis-ic te maken en rigide overleg en overplaatsingsnormen te formuleren, zullen de intensivereafdelingen in zeker de helft van de ziekenhuizen verdwijnen. De richtlijn blinkt ook uit in vooringenomenheid. Grote hoeveelheden literatuur dienen als

rookgordijn. Om een voorbeeld te noemen: de bovengenoemde relatie tussen volume en uitkomsten van zorg. Omdat er iets meer artikelen zijn die wel een verband suggereren, wordt geconcludeerd – zonder dat de zwaarte en impact worden gewogen – dat er 'aanwijzingen zijn voor een positief verband tussen volume en overleving'. Dit is de harde wetenschappelijke basis van vervolgens de gehele richtlijn. Het is opvallend dat de weg die de richtlijnmakers zijn ingeslagen, grote overeenkomsten vertoont met die van het eerder gepubliceerde rapport 'Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg' van de

Regieraad. Ook Zorgverzekeraars Nederland weet in het rapport 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' al wat de nieuwe richtlijn gaat inhouden, voordat deze in de commentaarfase bij de intensivisten is gekomen. Blijkbaar is er achter de schermen al een idee waar het met de Nederlandse gezondheidszorg naartoe moet en worden adviesorganen en richtlijncommissies hiervoor gebruikt. Een politiek forum waar alle belanghebbenden kunnen discussiëren over deze richtlijnen is er nauwelijks. Een wetenschappelijke vereniging is geen politieke organisatie.

Eenmaal aangenomen door de wetenschappelijke verenigingen worden de richtlijnen door de IGZ gezien als veldnorm. De inspectie kan daarna niets anders dan handhaven, wil zij niet zelf tot onderwerp worden in de media. Dat de IGZ een goed oog heeft voor de onmogelijkheden die opgelegde procesrichtlijnen geven, blijkt duidelijk uit het realistische evaluatierapport 'IC-afdelingen van niveau 1: op weg naar verantwoorde zorg' (2008). In dit rapport wordt de strikte relatie die in de vigerende richtlijn wordt aangenomen tussen volume en proces-indicatoren enerzijds en kwaliteit van zorg anderzijds ter discussie gesteld.²

Bewijslast

Wil een geneesmiddel of behandelvorm kunnen worden geïntroduceerd, dan dient er bewijs van effectiviteit en veiligheid te worden overlegd. Daarnaast wordt een kosteneffectiviteitsanalyse verricht. Pas dan kan een behandeling worden toegelaten. Procesrichtlijnen die een vergelijkbare impact hebben, hoeven hier niet aan te voldoen: geen weging van de beschikbare bewijslast, geen veiligheidsanalyse en geen kosteneffectiviteitsanalyse. De kosten en impact op de bestaande structuur zijn vaak groot. Invoering van deze richtlijnen, onder de vlag van kwaliteitsverbetering, gaat zonder al deze bovenstaande afwegingen. Een kleine club van managers, 'experts' en overheidsfunctionarissen, die ook nog vaak in elkaars adviescommissies zitten, krijgen zo een belangrijke greep op de inrichting van onze gezondheidszorg. Een inrichting waar geen debat aan voorafgaat. Een inrichting overgelaten aan wetenschappelijke verenigingen, die daartoe niet zijn uitgerust en opgericht. Een verandering in onze zorg buiten de democratische instituties om. Zorgwekkend! 

Een wetenschappelijke vereniging is geen politieke organisatie



Een eerder artikel van Voerman, met video, vindt u bij dit artikel via www.medisch-contact.nl/artikelen.