

TER DISCUSSIE

Regie over richtlijnen

PLANNEN VOOR RICHTLIJNONTWIKKELING IN NEDERLAND

Jannes J.E. van Everdingen, Dunja H.H. Dreesens en Mariska K. Tuut*

Wie zich enigszins verdiept in richtlijnen, komt tot de ontdekking dat er van alles gebeurt op dat gebied, maar dat het aan coördinatie ontbreekt. Nederland kent een lange geschiedenis op het gebied van richtlijnontwikkeling. Veel partijen zijn actief in dit veld. Het merendeel van de partijen heeft zelfs afspraken gemaakt over de wijze waarop richtlijnen ontwikkeld worden, de EBRO-methode, genoemd naar 'evidence-based richtlijnontwikkeling'.

Deze rijkdom is er mede debet aan dat de samenhang en afstemming moeilijk te verwezenlijken zijn; zo zijn er meerdere richtlijnen voor één aandoening, bijvoorbeeld enkelletsel, astma en influenza. Een ander probleem is dat bepaalde richtlijnen ontbreken, terwijl daar wel behoefte aan is. Zo is er geen richtlijn over multimorbiditeit bij ouderen. De ontwikkeling en het onderhoud van deze richtlijnen is niet op elkaar afgestemd. Soms bevatten richtlijnen adviezen die niet met elkaar overeenstemmen of zelfs tegenstrijdig zijn. Tot nu toe zijn de zorgverleners er niet of onvoldoende in geslaagd de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen gezamenlijk vorm te geven. Dat heeft deels te maken met de wijze waarop een en ander is gefinancierd.

DE REGIERAAD

Minister Klink erkent deze problematiek en wil meer sturing en daadkracht op het gebied van richtlijnontwikkeling. Daartoe installeerde hij op 19 mei 2009 de Regie-

raad Kwaliteit van Zorg, hierna kortweg de Regieraad genoemd. Die heeft tot taak de richtlijnontwikkeling in Nederland te structureren, te coördineren en aan te sturen en de implementatie daarvan te bevorderen door partijen te ondersteunen of aan te spreken.

De Regieraad kan die taken niet allemaal tegelijk oppakken. Een van de eerste dingen die moet gebeuren is dat de Regieraad in overleg met het veld een geprioriteerde lijst vaststelt van grote multidisciplinaire onderwerpen waarbij wordt aangegeven wie waarvoor verantwoordelijk is. Er zullen dus ook spelregels moeten komen waarin staat waar een dergelijke richtlijn aan moet voldoen, hoe de ontwikkeling – en met name het onderhoud – is gefinancierd en hoe de invoer en naleving zijn gewaarborgd.

DE TOP 100: DE BELANGRIJKSTE ZORGONDERWERPEN

Om de toekomstige richtlijnontwikkeling te kunnen sturen heeft de Regieraad in overleg met deskundigen uit het veld een top 100 van zorgonderwerpen benoemd. De basis hiervoor zijn gegevens van het Nationaal Kompas Volksgezondheid 2005, opgesteld door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM).

De Regieraad stelt voor deze top 100 van zorgonderwerpen als vertrekpunt te nemen voor de agendasetting van de richtlijnontwikkeling en het richtlijnonderhoud in Nederland. Daarom is niet alleen in kaart gebracht wat de belangrijkste zorgonderwerpen zijn, maar ook welke richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten voor deze zorgonderwerpen reeds beschikbaar zijn (www.regieraad.nl/activiteiten/, klik op 'top 100 van zorgonderwerpen'). De keuze van onderwerpen waarvoor richtlijnen worden ontwikkeld, komt zodoende systematisch tot stand op basis van criteria die voor iedereen zichtbaar zijn. De lijst is nog niet geheel uitgekristalliseerd en zal nog in het veld moeten worden getoetst, maar daar zal het komend jaar verder aan gewerkt worden.

Bij het samenstellen van de top 100 hanteerde de Regieraad in navolging van het RIVM de volgende parameters: prevalentie (en indien niet beschikbaar incidentie); mortaliteit; ziektelast (disability-adjusted life-years); kosten voor de gezondheidszorg. Deze parameters zijn per onderwerp gescoord volgens tabel 1.

Optelling van de scores op de verschillende parameters leidde tot de huidige rangschikking van de top 100. Deze

* mede namens de Regieraad, waarvan de leden aan het eind van het artikel staan vermeld.

Regieraad Kwaliteit van Zorg, Den Haag.

Dr. J.J.E. van Everdingen, dermatoloog; drs. Dunja

H.H. Dreesens, gezondheidswetenschapper en sociaal-cultureel wetenschapper.

PROVA, Varsseveld.

Drs. M.K. Tuut, epidemioloog.

Contactpersoon: drs. M.K. Tuut

(m.tuut@provaweb.nl).

TABEL 1 Scoringstabel voor de prioritering van ziekteonderwerpen in een top 100 (overgenomen uit Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl/nationaalkompas).

score	prevalentie; per jaar	mortaliteit; per jaar	ziektelast; DALY	kosten in euro's per jaar
1	3000-10.000	< 30	1000-3000	< 30 miljoen
2	10.000-30.000	30-100	3000-10.000	30-100 miljoen
3	30.000-10.0000	100-300	10.000-30.000	100-300 miljoen
4	100.000-300.000	300-1000	30.000-100.000	300-1000 miljoen
5	300.000-1.000.000	1000-3000	> 100.000	> 1000 miljoen
6	> 1.000.000	3000-10.000		
7		> 10.000		

DALY = 'disability-adjusted life years'

wijze van rangschikken lokt ongetwijfeld discussie uit, bijvoorbeeld omdat in alle parameters de prevalentie is verdisconteerd. De veel voorkomende onderwerpen krijgen daardoor extra gewicht. Ook is kritiek mogelijk op het eenvoudigweg optellen van de verschillende scores, omdat optelling impliceert dat men alle parameters even zwaar laat meewegen.

De oorspronkelijke top 100 is verder verfijnd door een score voor de mate van multidisciplinariteit van een onderwerp toe te voegen. Ook variatie in de gebruikelijke zorg of de mate waarin de zorg voor verbetering vatbaar is zijn belangrijke criteria voor het ontwikkelen van richtlijnen. Wellicht kunnen die criteria in een tweede ronde via een Delphi-techniek worden verdisconteerd, waardoor de lijst verder kan worden aangescherpt. Als alleen gekoerst wordt op een top 100, krijgen zeldzame aandoeningen in de kwaliteitszorg niet de aandacht die zij verdienen. Die zogenoemde weesonderwerpen zullen op een andere manier geborgd moeten worden.

NASAGO'S

Dat geldt ook voor de zogenoemde 'nasago's'. Nasago staat voor 'niet-aan-specifieke-aandoeningen-gerelateerd-onderwerp', zoals interventies of processen die bij meerdere aandoeningen van belang zijn. Voorbeelden hiervan zijn cardiovasculair risicomanagement of het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij patiënten. Nasago's zijn niet met dezelfde soort criteria te rubriceren als aandoeningen en passen niet in de top 100. Vandaar het voorstel om een tweede lijst te hanteren: een top 25 van nasago's. Ook hierbij kan aan een Delphi-benadering worden gedacht voor verdere aanscherping. De top 10 van beide lijsten is weergegeven in de tabellen 2 en 3.

WAT IS ER AL BESCHIKBAAR?

Voor alle onderwerpen in de top 100 van ziektegerelateerde onderwerpen en de top 25 van nasago's is in kaart gebracht welke landelijke richtlijnen reeds bestaan. Per onderwerp is daarnaast onderzocht welke gerelateerde kwaliteitsinstrumenten beschikbaar zijn, zoals landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's), landelijke transmurale afspraken (LTA's), keuzehulpen, 'consumer quality'(CQ)-indexen en landelijke indicatoren. De databases worden op de website van de Regieraad geplaatst (www.regieraad.nl). Hier kan men ook commentaar leveren op mogelijke onvolledigheden of veroudering van de database. De Regieraad streeft er naar deze database breed toegankelijk te maken en actueel te houden.

In de database zijn alleen richtlijnen en de eerdergenoemde kwaliteitsinstrumenten opgenomen die ook gepubliceerd zijn op internet, op vrij toegankelijke websites. Opvallend is dat een aantal beroepsverenigingen geen openbare publicatie van de richtlijnen heeft. Met de database van de top 100 van ziektegebonden onderwerpen en top 25 van nasago's wil de Regieraad inzichtelijk maken wat wel en niet beschikbaar is per zorgonderwerp. Daardoor wordt zichtbaar voor welke onderwerpen (multidisciplinaire) richtlijnen ontbreken; deze moeten wellicht nog aan het corpus van richtlijnen worden toegevoegd. Samen met de verantwoordelijke beroepsgroepen kan de Regieraad dan bepalen op welke terreinen borging of verbetering van de kwaliteit van de zorg wenselijk is.

KWALITEIT, VOLLEDIGHEID EN BRUIKBAARHEID VAN RICHTLIJNEN

De database met zorgonderwerpen en de bijbehorende kwaliteitsinstrumenten laat zien dat er al veel informatie beschikbaar is. Opname van een richtlijn in de database geeft echter geen oordeel over de kwaliteit, volledigheid of de mate van implementatie. Het zou goed zijn deze facetten in kaart te brengen, bijvoorbeeld met het

TABEL 2 Top 10 van aandoeningen die voor richtlijnontwikkeling en -onderhoud in aanmerking komen

nr	onderwerp
1	coronaire hartziekten (hartinfarct of angina pectoris)
2	beroerte (CVA of TIA)
3	diabetes mellitus
4	dementie
5	COPD
6	hartfalen
7	astma
8	pneumonie
9	rugpijn (inclusief nekpijn en lumboradicaal syndroom)
10	borstkanker

TABEL 3 Top 10 van niet aan specifieke aandoeningen gerelateerde onderwerpen (nasago's) die in aanmerking komen voor richtlijnontwikkeling en -onderhoud

nr	onderwerp
1	cardiovasculair risicomanagement
2	antistolling
3	bloedtransfusie
4	intensive care
5	polyfarmacie en medicatiefouten
6	stoppen met roken
7	sedatie en/of analgesie door niet-anesthesiologen
8	multimorbiditeit bij ouderen
9	preoperatief proces en verwisseling (+ peroperatief en postoperatief proces)
10	triage spoedeisende hulp

AGREE-instrument (www.ghip.nl/ghip/_files/agree%20instrument%20involformulier/agreeinstrument_involformulier.pdf). De kwaliteit van de in de database opgenomen indicatorensets kan worden geëvalueerd met het 'appraisal of indicators through research and evaluation'(AIRE)-instrument.

Momenteel onderzoekt het instituut voor Beleid & Management Gezondheidszorg de richtlijnen van 25 onderwerpen op een aantal aspecten, zoals patiënteninbreng, patiënteninformatie, samenwerkingsafspraken, organisatie van zorg, evidence en kennishiaten daarin, doelmatigheid, veiligheid en medische technologie. Op deze manier wordt een oordeel verkregen over de volledigheid en deels ook over de kwaliteit van de betreffende richtlijn of indicatorenset. Het geeft geen uitsluitel over de mogelijke bruikbaarheid.

Optimistische schattingen voor richtlijngebruik bedragen circa 40%, waarbij zij aangetekend dat een richtlijn die door de eigen beroepsgroep is ontwikkeld hoger scoort dan een richtlijn die met minder betrokkenheid van de beroepsgroep tot stand komt. Mogelijkheden om de bruikbaarheid van richtlijnen te verhogen, bijvoorbeeld door ICT-toepassingen, staan ook op de agenda van de Regieraad.

REGIE VOOR DE KOMENDE JAREN

Zoals in het begin gezegd ontbreekt het bij de richtlijnontwikkeling in Nederland aan afstemming en coördina-

tie. De Regieraad heeft van de minister de opdracht gekregen hierin verbetering te brengen. Dit betekent dat de partijen in Nederland het allereerst eens dienen te worden over een agenda van richtlijnontwikkeling voor de komende jaren. Hierbij is de top 100 een belangrijk hulpmiddel.

In gezamenlijk overleg met veldpartijen in alle domeinen van de gezondheidszorg wil de Regieraad die agenda vaststellen. Het voorstel in dit artikel om de top 100 van zorgonderwerpen als vertrekpunt te nemen is een eerste aanzet daartoe. Het streven is dat de betrokken partijen op basis hiervan, gefaciliteerd door de Regieraad, afspraken maken om de geconstateerde lacunes in richtlijnen aan te vullen, ontbrekende richtlijnen te ontwikkelen, verouderde richtlijnen te herzien en vooral de agenda's van de eigen richtlijnprogramma's op elkaar af te stemmen. Op deze wijze wordt op termijn in Nederland een structuur gecreëerd die duidelijk aangeeft wanneer welke richtlijnen ontwikkeld of herzien worden, hoe richtlijnen van de verschillende beroepsgroepen zich tot elkaar verhouden en hoe de afstemming van richtlijnen over gelijke onderwerpen tussen deze verschillende beroepsgroepen is geregeld. Ook de financiering van grote multidisciplinaire richtlijnen van beide lijsten (de top 100 en top 25 nasago's), een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid en veldpartijen, zal dan aan de orde moeten komen.

De Regieraad Kwaliteit van Zorg bestaat uit de volgende personen: prof.dr. Pieter Vierhout (voorzitter), drs. Chiel Bos (vice-voorzitter), mr. Olenka van Ardenne, prof.dr. Erik Buskens, Thea Poortenaar-Sikkema, Janneke van Vliet MHA en drs. Jos Werner.

Dr. Jannes van Everdingen is algemeen secretaris en drs. Dunja Dreesens secretaris van de Regieraad.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 januari 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1599

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)