

Door fors te snoeien komt geld vrij voor kwaliteitsbevordering

Weg met het woud van richtlijnen

Machteld Wymenga, Winette van der Graaf, Koos van der Hoeven en Hans Gelderblom, namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Medische Oncologie (NVMO).¹

Correspondentieadres:
a.wymenga@mst.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Dit artikel is online verschenen op 23 juli.

Het aantal oncologische richtlijnen rijst de pan uit. Ze zijn bovendien veel te volumineus en kennen een langdurig, duur ontwikkeltraject. Dat geld kan beter aan kwaliteitsverbetering worden besteed.

Voor de oncologie bestaan momenteel meer dan 75 richtlijnen. En dan zijn die over palliatieve zorg nog niet meegerekend.² Het geld voor de Nederlandse richtlijnen is afkomstig van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, die jaarlijks kwaliteitsgelden beschikbaar stelt aan de wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten. De Nederlandse richtlijnen zijn echter grotendeels een doublure van reeds bestaande internationale richtlijnen, zoals die van de American Society of Clinical Oncology (ASCO), de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) en de European Society of Medical Oncology (ESMO).

En als je je dan bedenkt hoeveel wetenschappelijke en beroepsverenigingen zijn betrokken bij de ontwikkeling, beoordeling en actualisatie van richtlijnen, is het duidelijk dat dit bepaald geen kosteneffectieve exercitie is. Ook in andere opzichten is de richtlijnontwikkeling inefficiënt te noemen. De Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) pleit er dan ook voor hier flink het mes in te zetten.

Lang en langdurig

De meeste richtlijnen zijn te lang. De nieuwe richtlijn mammacarcinoom, een hoogvolumetumor, is 207 bladzijden lang, de richtlijn over het pancreascarcinoom, een weinig

voorkomende tumor, beslaat 72 bladzijden, en een nieuwe richtlijn over oncologische revalidatie telt 170 pagina's. Eerder al stelde de NIV dat een goede richtlijn niet meer dan honderd pagina's beslaat. Dat is nog een mild standpunt, want enige basiskennis bij medisch specialisten mag toch wel bekend worden verondersteld.³

Het ontwikkel- of revisietraject voor oncologische richtlijnen neemt ongeveer twee jaar in beslag, een te langdurige exercitie. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKCN) heeft hiervan de regie en stelt de richtlijnen voor een groot publiek ter beschikking via www.oncoline.nl. Voor hoogvolumetumoren komt jaarlijks zoveel nieuwe informatie beschikbaar dat een meer frequente, maar korte update voor de praktijk – en de uiteindelijke kwaliteit van zorg – veel belangrijker is. De huidige gang van zaken, vol van uitgebreide knelpuntanalyses en dure literatuurstudies door externe bureaus (niet-oncologen), kan dan ook beter vervangen worden door kortdurende evaluaties en updates door deskundigen uit het veld. Zij hebben immers altijd de meest relevante literatuur paraat.

Duur

De kosten voor het ontwikkelen van een richtlijn zijn in Nederland hoog, en in andere Europese landen soms nog hoger. Voor de richtlijn oesofaguscarcinoom bedroegen deze ruim 130.000 euro, waarvan minder dan 10 procent besteed werd aan vacatiekosten van professio-

Richtlijnontwikkeling is een nieuwe bedrijfstak geworden



De zorg aan kankerpatiënten wordt niet beter van de overdaad aan lijvige richtlijnen.

beeld: Getty Images

nals en meer dan 60 procent aan extern advies, waaronder kosten voor literatuurstudie. Richtlijnontwikkeling is daarmee een nieuwe, dure bedrijfstak geworden.

Afspiegeling

In richtlijnontwikkeling, vooral indien er geen *level A evidence* is over bepaalde onderwerpen, kunnen meningen van deelnemers de richting bepalen. En die vormen niet altijd een juiste afspiegeling van de kennis en meningen van de beroepsgroep van oncologen. Mandatering van deelnemers door de wetenschappelijke vereniging is dan ook een vereiste, evenals vermelding van potentiële belangenconflicten. Het wordt overigens steeds moeilijker om collega's te motiveren om te participeren in richtlijnontwikkeling en richtlijnautorisatie. Regelmatig dragen dezelfde mensen bij, en deze zelfde collega's zijn ook nogal eens betrokken bij de ontwikkeling van Europese richtlijnen.

Richtlijnen worden steeds vaker gebruikt om de inrichting van de zorg te veranderen, en bepaalde veranderingen af te dwingen bij de ziekenhuisdirectie of zorgverzekeraar. Echter, als conclusies en stringente aanbevelingen op een te laag niveau van bewijs berusten, verdient een dergelijke richtlijn ons inziens geen autorisatie en implementatie, en zeker niet als dit gepaard gaat met extra kosten voor de gezondheidszorg of lasten voor de individuele patiënt.


Fors beperkt

De kwaliteit van zorg voor kankerpatiënten wordt niet beter door het planten van een woud van richtlijnen. Bovendien wordt er in de praktijk van de patiëntenzorg heel dikwijls van afgeweken. Dit geldt al sowieso bij de groep ouderen met multimorbiditeit, nota bene het merendeel van de kankerpatiënten.

De NVMO vindt dan ook dat het aantal specifiek Nederlandse oncologische richtlijnen fors beperkt moet worden. Om het gros van de dagelijkse oncologische patiëntenzorg te ondersteunen zou kunnen worden volstaan met het maken van richtlijnen voor de vier meest voorkomende tumortypes, die maximaal 75 pagina's beslaan en die jaarlijks bijgesteld worden door een evenwichtige vertegenwoordiging van landelijke experts op dit terrein. Deze personen moeten gemandateerd zijn om namens hun beroepsvereniging te spreken.

Dor hout

Voor de andere tumortypes volstaan Europese richtlijnen. Een Nederlands addendum van hoogstens enkele pagina's, geschreven en tweejaarlijks gereviseerd door 'experts in the field', moet voldoende zijn.

Door aldus veel dor hout te snoeien, komen kwaliteitsgelden beschikbaar voor innovatie ter bevordering van de zorgkwaliteit en de implementatie van de Europese richtlijnen. 



Meer MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.