

De evaluatie van NVIC-richtlijnen

J. Damen¹, J. Bakker¹, H.J. van Leeuwen², A.R.H. van Zanten³
 Namens de NVIC Commissie Richtlijnontwikkeling, NVIC, Ede

1 Isalaklinieken, Locatie "De Weezenlanden", Zwolle,
 2 UMCU, Utrecht,
 3 Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Ontvangen en geaccepteerd voor publikatie juli 2002

Samenvatting. Evaluatie van klinische richtlijnen is nodig om het effect op de medische zorg, het effect op de kwaliteit van de patiëntenzorg, de actualiteit, de verspreiding, de beschikbaarheid, de wensen van de gebruikers en de economische gevolgen te beoordelen. Evaluatie is tevens nodig om goede implementatiestrategieën te ontwikkelen. De NVIC Commissie Richtlijnontwikkeling zal daarom iedere twee jaar de NVIC-richtlijnen evalueren. Hierbij is terugkoppeling van informatie door de gebruikers van deze richtlijnen onontbeerlijk.

In Nederland is het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO als eerste in 1982 begonnen met het ontwikkelen van klinische richtlijnen, in 1989 gevolgd door het Nederlands Huisartsen Genootschap [1]. De NVIC ontwikkelt richtlijnen sinds 1999. Klinische richtlijnen worden ontwikkeld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Goede richtlijnen zijn *evidence based* en geven de *good clinical practice* van dit moment weer [2,3]. Werken volgens richtlijnen kan de kwaliteit en het resultaat van de klinische zorg verbeteren [2]. Protocollen zijn de lokale uitwerking van landelijke richtlijnen en verenigingsstandpunten [2,3]. Uit recente jurisprudentie blijkt dat een protocol door de Nederlandse Hoge Raad wordt gezien als onderdeel van de behandelingsovereenkomst met de patiënt [3]. Dit betekent dat het ziekenhuis/de arts toerekenbaar tekort schiet als van het protocol wordt afgeweken zonder dat dit in het belang is van de patiëntenzorg. De schade, die ontstaat door ongemotiveerd afwijken van een protocol, komt voor rekening van het ziekenhuis en/of de behandelend arts. Volgens prof. mr. W.R. Kastelein, hoogleraar gezondheidsrecht te Nijmegen, is het daarom beter geen protocol te hanteren dan een protocol te hebben dat niet wordt nageleefd, verouderd is, onvoldoende draagvlak binnen de instelling heeft of niet op landelijke consensus berust. Zij adviseert daarom in het ziekenhuis:

1. onderlinge interne afspraken niet te snel een protocol te noemen
2. alleen protocollen te hanteren waarover wetenschappelijke consensus bestaat
3. discutabele protocollen te verwijderen
4. protocollen tijdig te actualiseren

Regelmatige evaluatie van de actualiteit

Zowel uit juridisch als medisch oogpunt is het belangrijk om te beoordelen of klinische richtlijnen nog steeds actueel zijn. Levende richtlijnen worden voortdurend gevoed vanuit de wetenschap en de medische praktijk, waardoor regelmatig aanpassingen noodzakelijk zijn [4,5]. Het ontwikkelen van richtlijnen maakt vaak duidelijk waarover onvoldoende literatuurinformatie bestaat en dit kan een stimulans zijn voor nieuw klinisch onderzoek. Ook kunnen veranderingen in de omstandigheden leiden tot het aanpassen van richtlijnen [6]. Er wordt aanbevolen jaarlijks addenda toe te voegen als de literatuur of klinische praktijk daartoe aanleiding geeft [7] en de gehele richtlijn opnieuw te herzien na perioden van 2-5 jaar [5-11]. Het Nederlandse Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO beoordeelt tenminste elke 5 jaar of een richtlijn nog actueel is [8]. De auteurs van de NVIC-richtlijnen monitoren de literatuur over het betreffende onderwerp en kunnen de NVIC verzoeken een richtlijn aan te passen, een addendum toe te voegen of een bepaalde richtlijn geheel te herzien. De Commissie Richtlijnontwikkeling zal iedere twee jaar de NVIC-richtlijnen evalueren en beoordelen wanneer een addendum, aanpassing of herziening noodzakelijk is. De commissie zal de resultaten van deze evaluatie openbaar maken in het verenigings tijdschrift en op de verenigingswebsite (www.nvic.nl). De commissie heeft voor

deze activiteit de respons van NVIC-leden, andere specialisten, arts-assistenten en verpleegkundigen nodig en roept daarom op tot het leveren van commentaar, informatie en suggesties voor verbeteringen. Als op basis van praktijkervaring of nieuwe literatuurinformatie een richtlijn aangepast moet worden of procedures verbeterd kunnen worden, kan men dit mondeling mededelen in de NVIC-ledenvergadering of schriftelijk kenbaar maken aan het NVIC-bestuur of de Commissie Richtlijnontwikkeling via de post of internet. De NVIC zal ook haar netwerk gebruiken om informatie te verkrijgen over de implementatie en het gebruik van NVIC-richtlijnen.

Procedure voor de verandering van NVIC-richtlijnen

Communicatie via internet kan gebruikt worden om informatie over de verspreiding, implementatie en toepassing van richtlijnen te krijgen. Internet geeft ook de mogelijkheid richtlijnen interactief te ontwikkelen en dat is de reden waarom de NVIC sinds 2001 conceptrichtlijnen zowel in het verenigings tijdschrift als op de website publiceert. NVIC-leden hebben daardoor de mogelijkheid interactief mee te werken aan de ontwikkeling van de definitieve richtlijnen. In 1999 is de volgende procedure afgesproken [3,12]: NVIC-conceptrichtlijnen worden ontwikkeld door de Commissie Richtlijnontwikkeling, gepubliceerd in het verenigings tijdschrift en sinds 2001 ook op de website geplaatst, door het NVIC-bestuur geëvalueerd voor de ledenvergadering en door de ledenvergadering al of niet goedgekeurd. Het lijkt verstandig dezelfde procedure te volgen voor de aanpassing van richtlijnen. Intussen is dr. E.J. van Lieshout, internist-intensivist, sinds 2001 liaison officier tussen

* Correspondentie:

Dr. J. Damen, anesthesioloog-intensivist
 Isalaklinieken, locatie "De Weezenlanden"
 Groot weezenland 20/28
 8011 GM Zwolle, Nederland
 Telefoon: 00-31-38-4242000
 Fax: 00-31-38-4242125
 E-mail: jdamen@worldonline.nl

de NVIC-Commissie Richtlijnontwikkeling en de Commissie Richtlijnontwikkeling van de Nederlandse Internisten Vereniging, waardoor de inbreng uit deze commissie structureel gegarandeerd is. Op 7 juni 2002 heeft het NVIC-bestuur voorgesteld aan deze procedure toe te voegen dat conceptrichtlijnen, voordat ze worden gepubliceerd, voor commentaar worden aangeboden aan wetenschappelijke verenigingen en instanties voor wie de richtlijn van belang kan zijn. Het lijkt verstandig een termijn te stellen aan de periode, waarin deze gremia commentaar kunnen geven. De Commissie Richtlijnontwikkeling blijft verantwoordelijk voor het opstellen van de conceptrichtlijn en kan eventueel commentaar al dan niet verwerken in de definitieve tekst, die aan het NVIC-bestuur wordt aangeboden. Het lijkt verstandig deze procedure ook te doorlopen bij het wijzigen van bestaande richtlijnen. Als er veel discussie is over een conceptrichtlijn, kan de Commissie Richtlijnontwikkeling het NVIC-bestuur verzoeken hierover een discussiebijeenkomst te organiseren. Vanzelfsprekend moet dit ook gelden voor wijzigingen in bestaande richtlijnen die aanleiding geven tot veel discussie. Het CBO adviseert aan deze procedures nog een juridische toetsing toe te voegen [1]. Het NVIC-bestuur zal deze voorstellen agenderen voor de ledenvergadering van september 2002.

Evaluatie van de effecten op de zorg

Evaluatie heeft ook tot doel om na te gaan of richtlijnen het gewenste effect op de medische zorg en de kwaliteit van de patiëntenzorg hebben [8]. Men kan hiervoor zogenaamde indicatoren gebruiken [8]. Dit zijn meetinstrumenten die aangeven in hoeverre het werkelijke medisch handelen afwijkt van het gewenste medisch handelen. Het moet echter wel duidelijk zijn met welke doelstelling een indicator wordt toegepast. Volgens prof. dr. T. Casparie vergt een indicatormeting in de kwaliteitszorg altijd een interpretatie en kan de uitslag van zo'n meting nooit als een hard en objectief gegeven worden beschouwd. Indicatoren kunnen continu of met intervallen worden gemeten. Uitkomstindicatoren zijn een maat voor de uitkomst van de geleverde zorg. De Orde van Medisch Specialisten (www.ordemed.nl) meent dat in de toekomst een vervolgstap moet worden gemaakt door *benchmarking* te introduceren. Dit betekent dat het zorgproces wordt aangestuurd op een bepaald niveau van uitkomst. Als het tevoren geformuleerde niveau niet wordt bereikt, dient het zorgproces te worden bijgesteld.

Evaluatie respons van richtlijngebruikers

De evaluatie van klinische richtlijnen behelst

tevens de verspreiding, de beschikbaarheid van de informatie, de wensen van de gebruikers, de knelpunten bij de invoering, problemen tijdens het gebruik en de economische effecten [13]. Evaluatie is ook nodig om goede implementatiestrategieën te ontwikkelen [8]. Eén van de moeilijkste onderdelen van het richtlijnentraject is de implementatie van richtlijnen en het verkrijgen van gegevens over de impact van richtlijnimplementatie [14]. Onderzoek levert in de meeste gevallen geen harde gegevens op over welke implementatiestrategieën goed en welke minder goed of slecht zijn [8,14]. Dit wordt veroorzaakt door de diversiteit van de materie en door het feit dat onderzoek ernaar nog maar recent begonnen is. Dit is voor Zorgonderzoek Nederland (ZON) de reden geweest om samen met het Nivel een prototype van een implementatiemonitor te ontwikkelen [14]. De eerste stap in de ontwikkeling van deze monitor is klaar, maar verder onderzoek zal nodig zijn om dit prototype verder te ontwikkelen tot een in de praktijk bruikbaar instrument. Toch is het ook in de tussentijd van belang om feedback over het gebruik van klinische richtlijnen te krijgen. De NVIC wil in een praktijkcyclus van gebruik, evaluatie en aanpassing haar richtlijnen voortdurend actueel houden en zou daarom kunnen overwegen regelmatig enquêtes te houden onder haar leden.

Richtlijngebruik tijdens praktijkvisitaties evalueren?

Idealiter zijn klinische richtlijnen onderdeel van andere kwaliteitssystemen, dat wil zeggen dat ze bijvoorbeeld bij praktijkvisitaties een belangrijke functie hebben [4]. Er kan dan specifiek aandacht besteed worden aan de implementatie en naleving van klinische richtlijnen. Dit bevordert waarschijnlijk ook het gebruik van richtlijnen [15]. De huidige visitaties zijn vooral gericht op het functioneren van de afdeling binnen het ziekenhuis en in het algemeen niet op het functioneren van de individuele medisch specialist. In de naaste toekomst zullen monodisciplinaire praktijkvisitaties plaats maken voor een *medical audit*, waardoor deze praktijkbezoeken een multidisciplinair karakter zullen krijgen [16]. Misschien zullen deze praktijkbezoeken zich dan ook richten op het functioneren van de individuele intensivist en bijvoorbeeld kijken naar de implementatie en naleving van de door de beroepsvereniging uitgebrachte richtlijnen. Het is dan mogelijk dat het oordeel hierover meeweegt bij de beslissing omtrent een herregistratieaanvraag. Men zou visitaties kunnen gebruiken om informatie te verkrijgen over problemen bij de invoering en toepassing van richtlijnen. Er zou een vragenlijst over dit onderwerp gemaakt kunnen worden, die tijdens de

visitatie wordt ingevuld. Na anonimatisatie zou de aldus verkregen informatie gebruikt kunnen worden voor de evaluatie van klinische richtlijnen.

Evaluatie vanuit het perspectief van de patiënt en de werkers in de zorg

De evaluatie van klinische richtlijnen met behulp van de op bovenstaande manieren verkregen gegevens is nog zeer beperkt. Bij de evaluatie behoort men ook het perspectief van de werkers in de zorg en dat van de patiënt en zijn omgeving te betrekken. Enerzijds laten de doorbraakprojecten van het Kwaliteitsinstituut CBO zien dat het toepassen van de principes van *good clinical practice* in de eigen praktijk kan leiden tot 20% productiviteitswinst op de Intensive Care, 40% kortere beademingsduur, 40% minder wondinfecties en een halvering van de medicatietoedieningsfouten [17]. Aan de andere kant zijn er grote zorgen over de huidige kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Er zijn lange wachtlijsten, er is onvoldoende capaciteit, de werkdruk is hoog, er is een overdaad aan bureaucratie en er zijn aanzienlijke kwaliteitsverschillen.

Nog recent moet 7% van de patiënten met een indicatie voor een acute opname worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, omdat er in het eigen ziekenhuis geen opnamemogelijkheden zijn [18]. In 2001 is 3,3% van de beschikbare operatiekamer capaciteit en 12,5% van de Nederlandse Intensive Care capaciteit voor volwassenen niet gebruikt wegens onvoldoende personeel of onvoldoende budget [2,19]. Intensive care afdelingen, die patiënten met een hoge zorgzwaarte opnemen, kunnen vaak een veel groter percentage van hun capaciteit niet gebruiken [20]. De budgettaire en personele krapte op deze intensive care afdelingen is namelijk groter dan het gemiddelde [20]. De Inspectie voor de Gezondheidszorg acht intussen uitbreiding van het aantal bemenste intensive care bedden een *conditio sine qua non* voor een verantwoorde zorg [21]. Uit een recent rapport blijkt dat tot 2010 het aantal beademingsplaatsen met 10-20% moet worden uitgebreid [20]. De Nederlandse bevolking waardeert de kwaliteit van de huidige gezondheidszorg met een dikke onvoldoende: 4.2 op de schaal van 1 tot 10 [22]. Toch is bijna 90% van de ziekenhuispatiënten positief over hun verblijf in het ziekenhuis, alhoewel bijna een kwart meent dat ze niet snel genoeg een arts kunnen spreken als ze iets willen vragen en een kwart niet weet hoelang de behandeling zal duren of hoe pijnlijk deze is [23]. Meer dan éénderde van de patiënten wordt door de arts niet betrokken bij de besluitvorming over de behandeling en meer dan 40% wordt niet geïnformeerd over behandelingsalternatieven [23].

Meer dan 30% van de patiënten krijgt onvoldoende nazorg en éénderde van de polikliniekpatiënten wordt niet op tijd geholpen [22]. Overigens zijn onze problemen niet uniek. In Engeland is éénderde van de huidige NHS-zorg gelijk aan de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden [24] en is 41% van de patiënten bereid in het buitenland een operatie te ondergaan [25].

Ziekenhuismedewerkers waarden de voorwaarden waaronder zij hun werkzaamheden moeten verrichten met 6.5 op de schaal van 1 tot 10; het bruto verloop onder hen is momenteel 15% [26]. Meer dan 70% van de medische specialisten meent dat ze regelmatig niet die zorg kunnen leveren, die ze volgens hun eigen professionele normen moeten en willen leveren [27]. De gevolgen zijn onder andere het overlijden van patiënten, achteruitgang in de gezondheidstoestand van de patiënten, ontevreden patiënten, meer complicaties, langere herstelperioden, verdrietige familieleden en gefrustreerde artsen [27]. Er lijkt een toenemende kloof te ontstaan tussen enerzijds de medische

mogelijkheden en wat zowel medische specialisten als bevolking zien als goede medische zorg en anderzijds wat feitelijk mogelijk is [27]. Deze ontwikkeling kan de gezondheidszorg in een negatieve spiraal van kwaliteitsverlies en demotivatatie brengen [27]. Werken volgens richtlijnen kan een aantal zorgaspecten verbeteren, maar slechts 45% van de zorginstellingen kent protocollen voor kritische momenten in het zorgproces [28].

Evaluatie van alle bovengenoemde aspecten van klinische richtlijnen is zo kostbaar dat de wetenschappelijke verenigingen dit onmogelijk kunnen financieren. Het lijkt daarom redelijk hiervoor financiering door derden te vragen.

Betere zorg is leukere zorg

De medisch specialistische opleidingscapaciteit zal met 30-50% moeten toenemen om aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen [29]. De gezondheidszorg zal dan voor nog meer mensen een aantrekkelijk perspectief met acceptabele werkomstandigheden

moeten zijn. De huidige generatie medische specialisten kan het toekomstperspectief gunstig beïnvloeden. Hiervoor zijn echter vernieuwingen en veranderingen nodig en deze zijn alleen te realiseren door buiten de gebaande paden te treden. Nederland kan, na verbeteringen, de beste intensive-care-zorg ter wereld leveren aldus Maureen Bisognano, verbetermanager en vice-voorzitter van het Amerikaanse *Institute for Healthcare Improvement* in Boston [30]. Laten we het werken in de gezondheidszorg weer aantrekkelijk maken door het lef te hebben de voortrekkersrol te kiezen, goede richtlijnen te implementeren op onze Intensive Care afdelingen, protocollen te ontwikkelen voor nieuwe behandelingsstrategieën en ons te realiseren dat betere zorg ook leukere zorg is [17]. Een dokter die plezier heeft in het werk, is de best denkbare investering in de gezondheidszorg [31]. Tevreden dokters zullen ongetwijfeld ook meer tevreden medewerkers en patiënten hebben.

Literatuur

- Bericht van het CBO. Juridisering van richtlijnontwikkeling. *Orde Nieuws* 2002; 6 (5): 12-3
- Damen J, Van Leeuwen H, Bakker J, Van Zanten ARH. Verbeteren klinische richtlijnen de kwaliteit van zorg op de intensive care afdeling? *NJCC* 2002; 6 (3):30-5.
- Damen J, Van Diejen D, Bakker J, Van Zanten ARH. NVIC-standpunten, NVIC-richtlijnen en de juridische implicaties. *NJCC* 2002; 6 (2):18-21.
- Maassen H. Tussen droom en daad. Assendelft (NHG) en Van Barneveld (CBO) over evidence-based medicine. *Med.Contact* 2001;56:1800-2.
- Brown EM. Guidelines for antibiotic usage in hospitals. *J.Antimicrob.Chemother.* 2002;49:587-92.
- Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I et al. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996;312:760-2.
- Schwartz PJ, Breithardt G, Howard AJ, Julian DG, Rehnqvist AN. Task Force Report: The legal implications of medical guidelines—a Task Force of the European Society of Cardiology. *Eur.Heart J.* 1999;20:1152-7.
- CBO. Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Handleiding voor werkgroepleden. CBO, Utrecht, 2000
- Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001;286:1461-7.
- Nasraway SA, Jr., Jacobi J, Murray MJ, Lumb PD. Sedation, analgesia, and neuromuscular blockade of the critically ill adult: revised clinical practice guidelines for 2002. *Crit Care Med.* 2002;30:117-8.
- Kish MA. Guide to development of practice guidelines. *Clin.Infect.Dis.* 2001;32:851-4.
- Protocollencommissie: standpunten, richtlijnen en protocollen. *NVICMon* 1999;3 (5):16-7.
- A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council of Australia 1998.
- Heiligers P, Calsbeek H, Friele R. Ontwikkeling Implementatiemonitor ZON. Nivel, Utrecht, 2001
- Thomson R, Lavender M, Madhok R. How to ensure that guidelines are effective. *BMJ* 1995;311:237-42.
- Tamminga R. Van visitatie naar audit. *CBO Kwaliteitsjournaal* 2002;4:3.
- Schellekens W. Twee vliegen in één klap. Betere zorg is leukere zorg. *Med Contact* 2002; 57: 952-4
- Van Ginkel S, Kropman RF, Tasche MJA. Patiëntenleed en doktersergernis. De problematiek van acute opnames geregistreerd. *Med Contact* 2002; 57: 929-31
- Inspanning beloofd? Onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Prismant, Utrecht, 2002
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Onderzoek intensive care, deel 2: behoefte en spreiding. 8 juli 2002.
- Kingma HJ. Intensive care afdelingen. Circulaire registratienummer 2002-01-IGZ. 18 januari 2002
- Van Splunteren P. Zorg is hopeloos verdeeld over aanpak problemen. *Kwaliteit in beeld* 2002; 3: 21
- Friele RD, Janse AFC, Hutten JBF, Van Iersel BML, Luijk R, Smits H. Patiënten nemen de maat. Sterke en zwakke kanten van 37 Nederlandse ziekenhuizen. *Med Contact* 2002; 57: 1008-11
- Beecham L. New BMA president compares a third of NHS care to care in the developing world. *BMJ* 2002; 325: 66
- Beecham L. British patients willing to travel abroad for treatment. *BMJ* 2002; 325: 10
- Personeel in beeld. Prismant, Utrecht, 2002
- Beaujean D, Hutten J, Groenewegen P. Stuipe kwaliteitsverlies. Medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg. *Med Contact* 2002; 57: 924-7
- Stuijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Nivel, Utrecht, 2000
- Leliefeld HJ, Holland PCHM. Toekomstig evenwicht. *Med Contact* 2002; 57: 660-2
- Evenblij M. Op zoek naar de Toyota in de zorg. Verbetermanager Maureen Bisognano boekt succes. *Med Contact* 2002; 57: 577-9
- Crul BVM. Plezier voor de dokter. *Med Contact* 2002; 57: 919