

Rapport Focusgroep sector preventie.

Bijeenkomst op 19 december van 13:00 tot 14:45.

Aanwezig:

Dirk Mettes, tandheelkunde lid NMT en afgevaardigd door UMC St Radboud onderzoeksgroep
Kwaliteit van zorg (o.a. richtlijnen)
David Bruinvels, bedrijfsarts en epidemioloog (NVAB)
Mascha Kamphuis, jeugdarts en onderzoeker (Careyn, TNO, voorzitter)
Wilma van den Heuvel, adviseur infectiepreventie, (bestuur VHIG, werken met de werkgroep WIP)
Wike Lijs, arts M&G (RIVM, Centrum Jeugdgezondheid)
Angela Bransen, beleidsadviseur (ZN)
Leo van Romunde (CBO notulist)

Opening en uitleg van de procedure.

In mei 2009 werd door minister Klink de Regieraad Kwaliteit van Zorg geïnstalleerd. Deze regieraad moet er voor zorgen dat er meer structuur en sturing komt in de ontwikkeling van richtlijnen en de implementatie hiervan. Voor een goede onderbouwing van haar beleid wil de Regieraad weten wat er in het veld speelt bij de richtlijnontwikkeling- en implementatie. Daarom deed het CBO in samenwerking met het NHG, IQ Healthcare, Orde van Medisch Specialisten en het LEVV in opdracht van de Regieraad een onderzoek naar de knelpunten, behoeften en wensen bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen. Hierbij werd ook gelet op doelmatigheid, veiligheid en het cliëntenperspectief.

In het kader daarvan werden een aantal focusgroep-bijeenkomsten georganiseerd, met betrekking tot de sector cure (eerste en tweede lijn), sector care en sector preventie. De uitnodiging om deel te nemen aan de focusgroep geschiedde namens mevrouw M. Kamphuis. De focusgroep richtte zich op de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen die bedoeld waren voor de sector preventie.

Het doel van de bijeenkomst was om te komen tot een overzicht van ervaren knelpunten in de zorg, welke bijdrage richtlijnen daaraan konden leveren, en welke knelpunten er waren in dit kader bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen. Ook werd de rol van de regieraad besproken.

Op basis van de vergadering is een verslag gemaakt van de statements en aanbevelingen. De uitspraken zijn zoveel mogelijk gerubriceerd en gesorteerd en zover mogelijk geanonimiseerd. Dit verslag is teruggekoppeld met de deelnemers en waar nodig aangevuld. Uit deze gesorteerde informatie is dit rapport opgesteld.

Inventarisatie en discussie.

Knelpunten in de preventieve zorg (die een relatie hebben met richtlijnen).

Grote variatie.

Ook in de tandheelkunde bestaat er een grote en deels ongewenste variatie bij diagnostiek en therapie van tandheelkundige aandoeningen. Tandartsen werken individualistisch en lijken daarom niet erg geneigd om volgens gezamenlijk overeengekomen klinische normen (c.q. klinische richtlijnen) te werken en zich op basis daarvan te verantwoorden.

Noodzaak tot uniformering en gebruik van Digitaal Dossier JGZ).

In het kader van het wettelijk basistakenpakket wordt jeugdgezondheidszorg aan alle kinderen in Nederland aangeboden. Daarvoor is uniformering van de inhoud en de uitvoering noodzakelijk. Daar zijn, bij voorkeur evidence-based, richtlijnen voor nodig. Sinds de eerste richtlijn in '98 zijn er veel bijgekomen. De bevindingen en de geboden zorg worden geregistreerd in het digitaal Dossier JGZ.

Bedrijfsarts in spanningsveld tussen belang van werknemer en werkgever.

Bij arbozorg: professionals hebben behoefte aan richtlijnen; managers van commerciële arbodiensten hebben soms andere belangen, waardoor een aantal randvoorwaarden voor het werken volgens richtlijnen kunnen ontbreken. Er is een groeiend aantal zelfstandig werkende bedrijfsartsen die huneigen randvoorwaarden kunnen creëren en daardoor makkelijker volgens richtlijnen kunnen werken. Omgekeerd is in het verleden is gebleken dat richtlijnen als breekijzer kunnen worden gebruikt om bepaalde randvoorwaarden te creëren, zoals het uitgebreide 45 minuten consult bij psychische problemen.

Succesvolle preventie geeft ten onrechte het gevoel dat het niet meer nodig is.

De preventie in de tandheelkunde is in het zwaard gevallen van zijn eigen succes. Tandheelkundige preventie heeft voor bepaalde doelgroepen zo goed gewerkt dat er vervolgens minder geld voor beschikbaar kwam voor onderzoek en innovatie met als gevolg dat mondziekten bij specifieke risicogroepen weer progressief terugkwamen

(Tandheelkundige) preventie moet zich richten op risicogroepen in plaats van de hele bevolking.

Het focus van de preventie in de tandheelkunde zou verlegd moeten worden. Zij zou zich meer moeten richten op die bevolkingsgroepen die preventieve zorg hard nodig hebben op basis van hun risicoprofiel en niet op de gehele bevolking, waarvan een groot deel vrij van mondziekten is. Er zijn derhalve o.a. klinische richtlijnen nodig om de verschillende risico's van die groepen te bepalen.

Houd financiële ruimte voor implementatie van eerdere successen.

Wij moeten vasthouden aan die dingen die WEL GOED gaan. In de arbo-zorg bestaan veel mogelijkheden om met "preventisten" te werken
Creëer de mogelijkheid om - via structurele financiering - de bedrijfsartsen samen met de preventisten (arbeidshygiënist, veiligheidkundigen en A&O-deskundigen) multidisciplinaire richtlijnen voor arboprofessionals te laten ontwikkelen. De Arbo-sector is nu afhankelijk van ad-hoc (= hap-snap) financiering.

Knelpunten in richtlijnontwikkeling

Beperkte belangstelling voor structurele ontwikkeling van richtlijnen bij tandartsen.

In de tandheelkunde wil niemand het voortouw nemen om systematisch richtlijnen te ontwikkelen. Dat geldt voor universiteiten, wetenschappelijke verenigingen en voor de beroepsverenigingen. Er zijn maar 2 evidence-based klinische richtlijnen (een laag aantal). Het veld is zelf verantwoordelijk maar stelt als groep geen financiën beschikbaar. Wil je iets structureels dan is aanvullende externe financiering nodig. Het heeft waarschijnlijk ook te maken met de (nog) dominante cultuur van de solistisch werkende tandarts.

Onderzoeksgeld verwerven voor het genereren van evidence.

Als er geen evidence beschikbaar is (hetgeen veelvuldig voorkomt), is er geld nodig voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek teneinde die evidence te genereren. Dat blijkt niet eenvoudig te zijn.

Geen financiering richtlijnontwikkeling uit ZonMW doelmatigheidsgelden.

Omdat in het veld tandheelkunde zelf geen financiën beschikbaar zijn is herhaaldelijk geprobeerd om financiering te krijgen voor tandheelkundige richtlijnontwikkeling en implementatie van twee evidence-based richtlijnen bij ZonMw in het kader van het programma doelmatigheid, maar steeds zonder succes. Evenmin heeft de bedrijfsgezondheidszorg gehoor gevonden bij ZonMw. Toch gaat het om preventie en dus om een algemeen belang.

Uitzicht op evidence nodig voor financiering van richtlijnen via ZonMw

Probeer je financiering voor richtlijnontwikkeling te krijgen op gebieden waar niet zo veel evidence bestaat dan is ZonMw niet bereid om dat te financieren.

Kosten effectiviteit schatten bij preventieve richtlijnen.

Bij preventie voor grote groepen met relatief kleine risico's is kosteneffectiviteitsonderzoek nodig waarin de effecten van de richtlijn worden doorgerekend, waarbij een test bij een steekproef noodzakelijk kan zijn, als onderdeel van het ontwikkelingsproces. De richtlijn dient dan een stappenplan op te leveren. In de begroting dient hier rekening mee te worden gehouden.

Maak ook practice based richtlijnen

Er is behoefte aan richtlijnen. Daar waar geen evidence beschikbaar is, is het belangrijk om practice based richtlijnen te maken. Dat wordt nu ook gedaan voor de jeugdgezondheidszorg. Dit wordt gefinancierd vanuit een ander ministerie dan VWS, namelijk het programmaministerie voor Jeugd en Gezin..

Richtlijnaanbevelingen zijn te vrijblijvend

Richtlijnen geven te veel ruimte. Dat heeft tot gevolg dat ze in elk ziekenhuis of zorginstelling anders geïnterpreteerd en gebruikt worden. En dat heeft weer te maken met het ontwikkelingsproces van richtlijnen.

Knelpunten bij richtlijnimplementatie

Financiering van monitoring

Monitoren kost geld. Het gaat om een gemeenschappelijk belang en daarvoor is financiering noodzakelijk.

Intercollegiale toetsing (ICT) wordt nog onvoldoende gebruikt t.b.v. richtlijnimplementatie.
Intercollegiale toetsing wordt nog onvoldoende gebruikt om na te gaan of richtlijnen geïmplementeerd zijn. Het is goed mogelijk om bij ICT steekproefsgewijs te controleren of richtlijnen daadwerkelijk worden toegepast.

Werkdruk

- Het grote aantal nieuwe en gereviseerde richtlijnen in combinatie met de grote (administratieve) werkdruk is de oorzaak dat veel richtlijnen niet eens worden gelezen.
- Als richtlijnen steeds weer veranderen ontstaat demotivatie om ook deze aanpassing weer door te voeren.
- Verpleegkundigen worden momenteel overbelast met administratieve taken. Daarom kunnen zij niet al te veel veranderingen tegelijk aan.

Richtlijnaanbevelingen zijn te vrijblijvend

Zoals ook al bij richtlijnontwikkeling is opgemerkt geven richtlijnen (te) veel ruimte. Om een richtlijn te kunnen implementeren moet op lokaal niveau een protocol worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Het is dus heel logisch dat deze protocollen iets zullen afwijken van de landelijke richtlijntekst. Daarom wordt er bij richtlijnen voor de bedrijfsgeneeskunde bewust wat ruimte gelaten binnen de aanbevelingen van een richtlijn. Overigens moet bij het opstellen van de protocollen wel de evidence uit de richtlijn worden meegenomen. Dit is dus voor de bedrijfsgeneeskunde geen knelpunt maar juist een randvoorwaarde voor succesvolle implementatie! Voor de andere gebieden kan deze vrijblijvendheid wel degelijk problemen opleveren, zeker als er geen aparte lokale protocollen worden vervaardigd.

Systematische toetsing ontbreekt

Er komen wel signalen terug als richtlijnen gebruikt worden, bijvoorbeeld via vragen aan de Werkgroep Infectie Preventie, maar er vindt geen systematische toetsing plaats

Gewenste taken voor de regieraad.

Bekendheid verbreden

De Werkgroep Infectie Preventie (WIP) hoopt dat de regieraad een positieve rol kan spelen bij het bekend maken van de activiteiten en richtlijnen buiten de omgeving waar men de WIP al vanouds kent (ziekenhuizen)

Bemiddelen tussen professionals en lijnorganisatie

Op dit moment worden de uitvoeringsorganisaties zoals Arbo diensten en ziekenhuizen zelden betrokken bij het opstellen van richtlijnen, maar zij voelen wel de consequenties van de richtlijnen. Als voorbeeld wordt het chronisch vermoeidheidssyndroom genoemd. Het is belangrijk dat de Arbodiensten de professionele richtlijnen implementeren. De regieraad kan bemiddelen als het proces spaak loopt; de regieraad zou dan de knoop kunnen doorhakken.

Controle en evaluatie

De regieraad zou volgens de focusgroep de volgende controle- en evaluatietaken kunnen vervullen:

- De AGREE criteria moeten aangehouden worden voor evidence based richtlijnen. De regieraad dient daar controle op uit te oefenen.

- Bij elke richtlijn hoort een set van indicatoren. In de tandheelkunde is dat nog niet algemeen ingevoerd. Bij elke richtlijn hoort een set van indicatoren. In de tandheelkunde is dat nog niet algemeen ingevoerd. De regieraad zou dit voor alle beroepsgroepen kunnen stimuleren en controleren..
- Bij tandheelkunde is het aanmelden voor het kwaliteitsregister vrijblijvend en bestaan nauwelijks klinische richtlijnen. De regieraad zou kunnen toezien op het ontwikkelen van een noodzakelijke structuur hiervoor.
- Arbo richtlijnen worden vaak eerst in de praktijk getest bij 50 tot 100 arbo-artsen. De regieraad zou kunnen controleren of dit soort praktijktesten heeft plaatsgevonden. Ook bij de jeugdgezondheidszorg worden richtlijnen al sinds enkele jaren in de praktijk getest door middel van een proefimplementatie .
- Bij richtlijnen omtrent ziekenhuisinfecties heeft elke richtlijn een einddatum. Voor verstrijken van deze datum moet er een nieuwe richtlijn zijn, nog afgezien van het feit dat een richtlijn tussentijds herzien kan worden vanwege nieuwe ontwikkelingen. De regieraad dient deze einddata te controleren en geld ter beschikking te stellen voor revisie.
- De regieraad zou moeten nagaan of richtlijnen gebruikt worden. Die monitoring moet herhaald gebeuren. Niet alleen het gebruik is van belang. Ook moet de vraag beantwoord worden of een richtlijn het gewenste effect heeft gehad en of de knelpunten daarmee zijn opgelost.

Coördinatie

De regieraad zou volgens de focusgroep de volgende coördinatietaken kunnen vervullen:

- Wij zien nu "dubbelingen" in richtlijnen en richtlijnen die niet op elkaar aansluiten. Het gaat dan met name om de multi-diciplinaire richtlijnen. We hebben vernomen dat de regieraad een "top 100" onderwerpen wil bepalen waarvoor richtlijnen gemaakt en onderhouden moeten worden. Die richtlijnen moeten dan wel op elkaar aansluiten.
- In de jeugdgezondheidszorg ervaart men het niet op elkaar aansluiten van de zorg als een groot probleem. Er zijn onderhand wel landelijke afspraken met de eerste lijn maar op elkaar aansluitende richtlijnen zullen zeer waarschijnlijk meer effect sorteren,
- Voor verzekeraars zijn de huidige kwaliteitskaders leidend, ook zij zijn er niet vóór om met allerlei verschillende lijsten en uitvragen te gaan werken. Zij streven naar uniforme sets van indicatoren. Echter zijn deze nog niet altijd even volledig (er is ook een verschil in tempo bij het ontwikkelen van de sets in de diverse sectoren) en hebben zij meer specifieke informatie op productniveau nodig in plaats van op instellingsniveau bij hun inkoop. Soms kan er ook de behoefte zijn om de nadruk te geven aan een aantal indicatoren in geval van regionale aandachtspunten. Coördinatie op het gebied van valide op evidence-based richtlijnen gebaseerde indicatoren ontwikkeling is hier op zijn plaats.
- De minister krijgt veel meer grip op de zorg als hij alleen die zorg vergoedt die binnen een richtlijn valt. Bij vrije tarieven moet het product wel meetbaar zijn. Daar kan de regieraad een rol in spelen.
- Het is belangrijk dat er goede contacten zijn met de inspectie. Indicatoren moeten bij voorkeur samen uitgewerkt worden. Voor betrokkenen is het belangrijk te weten dat er toezicht is. De regieraad kan een rol spelen bij deze afstemming

Samenwerking bevorderen

Een concreet voorbeeld:

De Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP) is een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke verenigingen op het gebied van infectiepreventie en ziekenhuishygiëne: de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg. De stichting bestaat uit een Bestuur, een Adviesraad Richtlijnontwikkeling en een Bureau. Het doel van deze stichting is het maken van richtlijnen op het gebied van infectiepreventie voor de gezondheidszorg, om hiermee een bijdrage te leveren aan het infectiepreventiebeleid in Nederland. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt de richtlijnen van de Werkgroep als professionele standaarden.

Deze adviescommissie heeft bij de regieraad een schriftelijk verzoek ingediend voor overleg om via de regieraad in contact te komen met andere partijen

Financiering

- De regieraad kan een rol spelen om draagvlak te creëren om financiering te verkrijgen voor ontwikkeling en implementatie van richtlijnen
- Bij preventie komen de opbrengsten vaak bij een ander dan degene die kosten maakt; dat pleit voor financiering uit gemeenschapsgelden voor die richtlijnen die betrekking hebben op preventie. De regieraad kan dit punt onder de aandacht brengen en financiering stimuleren.

Infrastructuur voor kennis en organisatie

Een belangrijke taak van de regieraad kan gelegen zijn in het zorg dragen voor een kennis- en organisatie infrastructuur ten behoeve van richtlijnontwikkeling en implementatie

Aftersales

Het werd van groot belang geacht dat de richtlijn ook landt bij het publiek. Onder andere moet de inhoud opgenomen worden in onderwijstrajecten. Dit “landen” moet gemeten/ gemonitord worden.

Media traject volgend op richtlijnontwikkeling

Als een richtlijn klaar is zou de regieraad een media traject kunnen starten, waardoor bekendheid gegeven wordt aan de richtlijn.

Regie

- Het woord "regieraad" impliceert dat er iets geregisseerd gaat worden. De regieraad zou beleidsuitgangspunten moeten formuleren t.a.v. richtlijnontwikkeling en implementatie voor individuele beroepsgroepen. Die beleidsuitgangspunten zijn momenteel nog niet duidelijk. Ook moet de raad controleren of de beleidsuitgangspunten worden gevolgd.
- De regieraad wil nu dat er voor 100 onderwerpen richtlijnen zijn of ontwikkeld worden. Is het niet beter om het aantal te beperken tot 50 maar er dan wel voor te zorgen dat die 50 gebruikt worden.
- Er dient ook ruimte te zijn voor Practice-based richtlijnen, zeker daar waar weinig evidence beschikbaar is. Voor dit soort richtlijnen zijn de AGREE criteria beperkt bruikbaar.

De vertegenwoordiger van de tandartsen was van mening dat , als de regieraad aangeeft dat er voor een bepaald deelgebied (in de tandheelkunde) een richtlijn wenselijk zou zijn, de beroepsgroep dan wel een sterk argument heeft richting ()verenigingen om deze richtlijn te realiseren en te implementeren, en dat dit vervolgens de weg zou kunnen plaveien waarlangs een structureler vorm van richtlijnontwikkeling in de mondzorg mogelijk wordt.

Behoud van eigen regie.

Drie deelnemers (Werkgroep Infectie Preventie, Jeugdgezondheidszorg en Arbeidsgeneeskundigen verklaarden dat zij zelf de regie in handen hadden en dat zij dat zo wilden houden. De WIP gaf aan dat dit ook verband hield met de internationale samenwerking.

Doorzettingsmacht

De regieraad kan wellicht als doorzettingsmacht fungeren als professionals het met elkaar eens zijn maar lijnorganisaties zich (nog) verzetten tegen de veranderingen.

Levensduur van de regieraad.

De focusgroep vroeg zich af of de werkzaamheden van de regieraad stopten als de cyclus in gang was gezet en liep, dat wil zeggen van ontwikkeling tot monitoring