

Honderd NHG-Standaarden: mijlpaal, einddoel of tussenstation?

Wie zich een gebeurtenis van 25 jaar geleden nog herinnert, moet onder de indruk zijn geweest van die gebeurtenis of de gedachte aan dat moment keert vaak terug, waardoor het geheugen telkens een beetje wordt 'opgeladen'. Vrijwel iedereen 'van voor 1955' weet wat hij deed/waar hij was toen hij hoorde dat Kennedy was vermoord en hetzelfde geldt voor de huidige generatie bij wie de beelden van 11 september in het geheugen zijn gegrift.

HUISARTSEN DOEN HET ZELF

De situatie is weliswaar niet helemaal vergelijkbaar, maar toch herinner ik mij het bezoek van Fons Sips en Bert Schadé aan het CBO in 1987 nog als de 'de dag van gisteren'. Zij wilden horen hoe het CBO de richtlijnontwikkeling (toen nog consensusontwikkeling genoemd) had opgezet en welke elementen zij daarvan konden gebruiken voor hun eigen vakgebied, de huisartsgeneeskunde. Het CBO had het kunstje afgekeken van de Amerikanen.^{1,2} In navolging van de National Institutes of Health uit de Verenigde Staten en door toedoen van Ton Casparie, destijds internist in Zwolle en voorzitter van de Wetenschappelijke Raad van het CBO, werd het consensusmodel in de Nederlandse ziekenhuiswereld geïntroduceerd. De huisartsen wilden iets soortgelijks doen voor hun vakgebied. Zij kozen voor een ander woord met een eigen kleurklank: een standaard. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ging zeer voortvarend te werk: vanaf 1989 werden jaarlijks acht tot tien richtlijnen ontwikkeld en binnen een paar jaar had men de belangrijkste onderdelen van het vak in standaarden gevat. Vanaf het moment dat er 50 standaarden waren ontwikkeld en het verzadigingspunt leek te zijn bereikt, werd het onderhouden van standaarden belangrijker dan het ontwikkelen van nieuwe. De standaarden hadden een vast format (met notenapparaat en quick reference guide voor in de spreekkamer) en waren veelal gebaseerd op eigen huisartsgeneeskundige epidemiologie en inzichten. Dat maakte dat de NHG-Standaarden een geheel eigen gezicht kregen en door de achterban werden omarmd. Het NHG groeide gestaag, in tien jaar tijd werd meer dan 95% van de huisartsen lid. Vaak zocht het NHG ook expliciet de discussie met specialisten en Siep Thomas, hoofd van de afdeling standaarden van het eerste uur, had er een neus voor om de controversen uit te vergroten en in de media uit te meten. Zijn collega-afdelingshoofd Frans Meulenberg stond hem daarbij terzijde en zweepte hem met zijn scherpe pen op in de vaart der volkeren. Zij vormden het juiste duo op de juiste plek in het juiste tijdsgewricht en gaven het NHG aanzien, waarvoor Siep Thomas werd beloond met een hoogleraarschap in Rotterdam.

In die tijd leefde het woord implementatie nog niet, maar de discussie ging wel vooral daarover. Een richtlijn was mooi, maar hoe kon je ervoor zorgen dat zo'n richtlijn ook werd geaccepteerd en nagevolgd? Het CBO was opgericht om de intercollegiale toetsing van de grond te krijgen en richtlijnen vormden een onmisbare schakel in de kwaliteitscycli die ook toen al circuleerden.³ De richtlijn landde in de Nederlandse ziekenhuizen echter in een bed van bloemige toetsing. Ik gebruik met opzet het woord 'bloemig', want de intercollegiale toetsing werd wel beleden in de wandelgangen, maar was, op enkele uitzonderingen, na nog niet echt geïnstitutionaliseerd.

Huisartsen deden het eigenlijk beter. Zij zetten hun richtlijn om in nascholing en patiëntenvoorlichting. Die producten vonden gretig aftrek. In het begin is daar veel in geïnvesteerd zonder meteen aan revenuen te denken, maar het is duidelijk langetermijnplanning geweest die het NHG uiteindelijk geen windeieren heeft gelegd. De echte doorbraak kwam toen standaarden in de opleiding tot huisarts werden geïntroduceerd. Nieuwe generaties huisartsen 'wisten' vanaf dat moment niet beter dan dat er standaarden waren.

HUISARTSEN DOEN HET BETER

Huisartsen waren met hun standaarden de andere professionals ook op een ander vlak ver vooruit: de standaarden beschreven in wezen het basisaanbod van de huisartsgeneeskunde, de zorg die elke huisartsenvoorziening in Nederland biedt aan de bij haar ingeschreven patiënten. Daarmee waren zij de eerste beroepsgroep die zwart op wit beschreef welke zorg een patiënt/cliënt van een huisarts in een standaard situatie kan verwachten. Een vorm van transparantie die pas de laatste jaren door andere beroepsgroepen is overgenomen en thans een van speerpunten lijkt te worden van het nieuwe kwaliteitsinstituut dat is ondergebracht bij het CVZ.

De verdiensten van het NHG bleven niet onopgemerkt in het buitenland. In 2000 kreeg het NHG voor de jarenlange ontwikkeling en herziening van standaarden de prestigieuze Carl Bertelsmann-prijs. De gelijknamige Duitse stichting reikt deze internationale prijs jaarlijks uit aan een instelling, maatschappelijke organisatie of overheid die een antwoord biedt op sociale en/of politieke vraagstukken. Dat jaar zocht de jury naar initiatieven op het terrein van de gezondheidszorg die van betekenis zouden kunnen zijn voor de hervorming van het Duitse zorgstelsel. Zo kwam men uit bij het NHG dat toen zo'n 70 standaarden had opgesteld die door een ruime meerderheid (circa 70%) van de Nederlandse huisartsen werd gebruikt. Het bij de prijs behorende geldbedrag van 150.000 DM schonk het NHG aan het Fonds Alledaagse Ziekten waarmee men een extra stimulans wilde geven aan relevant huisartsgeneeskundig onderzoek op het gebied van 'alledaagse' kwalen.

Wat het NHG altijd heel sterk heeft gemaakt, is dat men de standaarden heeft gefinancierd met eigen gelden; via de contributie van de leden. Die liegt er niet om, maar als aftrekbare praktijkkosten voor de inkomstenbelasting is dat voor huisartsen geen groot struikelblok. Ofschoon het NHG graag gebruikmaakte van subsidies of financiële regelingen, was men daar in wezen niet van afhankelijk en kon men de standaarden bekostigen met eigen middelen. Hierdoor was het NHG niet afhankelijk van anderen en kon men eigen lijnen volgen. Zo gooide het NHG (samen met de LHV) in 2010 de knuppel in het hoenderhok door zich openlijk te distantieëren van de door VWS gepropageerde zorgstandaarden. Het NHG wilde niet meewerken aan de ontwikkeling van nog meer nieuwe zorgstandaarden en riep de eigen leden op hier ook niet op persoonlijke titel aan deel te nemen.

MAAR KUNNEN ZE HET OOK ALLEEN?

Het NHG heeft altijd een eigenstandig beleid gevoerd. Dat is een kracht, maar tegelijkertijd ook een zwakte. Het zelfgekozen 'isolement' en de onafhankelijkheid van externe geldstromen hebben het NHG groot gemaakt, maar wij zijn in ander vaarwater terechtgekomen, waarin het NHG de koers niet meer helemaal zelf in de hand heeft. Artsen hebben het niet meer zo voor het zeggen als vroeger, zelfs niet over hun eigen vak. Patiëntenorganisaties hebben een rol opgeëist en gekregen, die verder gaat dan invloed uitoefenen op wat er in richtlijnen en standaarden staat beschreven. Zij willen erop kunnen toezien dat richtlijnen ook worden nageleefd en dus dat zij inzicht krijgen in geleverde zorg, in de vorm van indicatoren, jaarverslagen of gewoon cijfers over de uitkomsten van zorg. Prestaties moeten zichtbaar zijn, zodat zij bewust een zorgaanbieder kunnen kiezen. De overheid, die op hoofdlijnen stuurt en verantwoordelijk is voor de borging van de publieke belangen, heeft hen ook bij wet de instrumenten gegeven die nodig zijn om die vragende en controlerende rol te kunnen spelen. Hetzelfde geldt voor de zorgverzekeraars, de derde partij in de driehoek van de markt die de overheid heeft gecreëerd. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zorg inkopen van een goede kwaliteit tegen een scherpe prijs. Ook daarvoor is het nodig dat zorgaanbieders hun kwaliteit zichtbaar maken. Zodoende zijn er twee 'markten': de verzekeringsmarkt, waar cliënten/patiënten hun polis en zorgverzekeraar kiezen, en de aanbiedersmarkt waar zij hun zorgaanbieders kiezen. De gedachte is dat zij door hun keuzes zorgverzekeraars en zorgaanbieder zouden dwingen tot een goede prijs en een goede



Foto: Bart van den Hoogenhoff

kwaliteit. Of het allemaal gaat werken zoals men dat achter de tekentafel heeft bedacht, is nog de vraag. Wel is duidelijk dat richtlijnen en standaarden een essentieel onderdeel vormen in dit krachten spel. Maar dat zullen dan standaarden worden waar andere partijen ook zeggenschap over willen krijgen.

TOT SLOT

Bij andere tijden horen andere personen. Nu mastodonten als Lex Goudswaard en Kees in 't Veld het NHG hebben verlaten en Arno Timmermans hen binnenkort volgt, zal het NHG waarschijnlijk een nieuwe koers inslaan die het instituut in de markt moet zetten. Vraag en aanbod, prijs en kwaliteit – men moet van alle markten thuis zijn om dit spel goed te kunnen spelen. Niet reactief, maar proactief, zoals het NHG dat altijd is geweest. Bij 50 standaarden was er sprake van een mijlpaal, bij 100 dacht men het einddoel te hebben bereikt, maar wie weet dat over 25 jaar blijkt dat de 100^e NHG-Standaard achteraf een tussenstation was. ■

LITERATUUR

- 1 Van Everdingen JJE, Casparie AF, De Roy van Zuydewijn HJ. Consensusontwikkeling; een vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1985;129:1935-8.
- 2 Van Everdingen JJE. Preventie van diep veneuze trombose en longembolie; een verslag van de Amerikaanse consensusbijeenkomst. Ned Tijdschr Geneesk 1986;130:1369-70.
- 3 Klazinga NS. Quality management of medical specialist care in the Netherlands. An explorative study of its nature and development [Proefschrift]. Overveen: Belvédère, 1996.
- 4 Burgers JS, Grol R. Richtlijnontwikkeling in Nederland en het buitenland. In: Grol R, Wensing M, redactie. Implementatie; effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.