



Universiteit
Leiden

The Netherlands

'Schuivende panelen. Gevolgen van richtlijnaanpassing voor de individuele patiënt'

Opstelten, W.; Hendriks, A.C.

Citation

Opstelten, W., & Hendriks, A. C. (2015). 'Schuivende panelen. Gevolgen van richtlijnaanpassing voor de individuele patiënt'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 2015(159), a9676. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/36308>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/36308>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

COMMENTAAR

Schuivende panelen

GEVOLGEN VAN RICHTLIJNAANPASSING VOOR DE INDIVIDUELE PATIËNT

Wim Opstelten en Aart Hendriks

Richtlijnen vertalen resultaten van wetenschappelijk onderzoek en nieuwe inzichten naar concrete aanbevelingen voor het klinisch handelen. Deze aanbevelingen betreffen niet alleen diagnostiek en therapie, maar ook bij screening en preventie bieden richtlijnen handvatten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo is in richtlijnen vastgelegd aan welke criteria moet worden voldaan alvorens de diagnose 'COPD' mag worden gesteld, aan welke patiënten met atriumfibrilleren antitrombotische behandeling moet worden geadviseerd en boven welke PSA-waarde, bij vroegdiagnostiek van prostaatacarcinoom, nader onderzoek is aangewezen. Van artsen wordt verwacht dat zij handelen volgens richtlijnen.¹ Afwijken mag, mits de arts dat kan motiveren.

Het geadviseerde beleid is afhankelijk van patiëntkenmerken. Wanneer deze veranderen, zal ook het geadviseerde beleid veranderen. Een voorbeeld: een 60-jarige patiënte met atriumfibrilleren zonder bijkomende morbiditeit heeft zo'n klein risico op een trombo-embolie, dat orale anticoagulantia niet geïndiceerd zijn. Bij het bereiken van de leeftijd van 65 jaar is het risico op trombo-embolie echter zo sterk toegenomen, dat de richtlijn nu wel adviseert anticoagulantia voor te schrijven.²

Ingewikkelder kan het zijn wanneer niet de patiëntkenmerken veranderen, maar de achtergrond waartegen die beoordeeld worden. Wat te doen wanneer de definitie van COPD verandert en een COPD-patiënt naar de huidige inzichten geen COPD meer heeft?³ Of hoe te handelen bij een patiënt die om vroegdiagnostiek naar prostaatacarcinoom verzocht en bij een PSA-waarde van 3,5 ng/ml werd gerustgesteld? Inmiddels is de drempelwaarde verlaagd van 4,0 naar 3,0 en zou deze patiënt toch door een uroloog beoordeeld moeten worden.⁴

GEVOLGEN VAN EEN VERANDERDE RICHTLIJN: EEN VOORBEELD

De gevolgen van zo'n 'schuivend paneel' werden onlangs geïllustreerd in een Leids dwarsdoorsnede-onderzoek.⁵ In een netwerk van huisartsenpraktijken werden de consequenties gekwantificeerd van de introductie van een gereviseerde richtlijn op het gebied van cardiovasculair risicomanagement in 2012; deze verving de oudere richtlijn uit 2006. Van 1248 patiënten tussen de 40 en 65 jaar die een antihypertensivum en/of een cholesterolverlagend medicijn gebruikten, werd conform beide richtlijnen het cardiovasculair risicoprofiel berekend en gecategoriseerd. Patiënten met diabetes mellitus of reumatoïde artritis werden uitgesloten, omdat deze 2 aandoeningen pas in 2012 als risicofactor werden geïntroduceerd en inclusie van deze patiënten tot een overschatting van het effect van de richtlijnverandering zou leiden. Op grond van de nieuwe richtlijn verschoven 249 patiënten (20%) naar een andere risicocategorie. Bij 150 van hen veranderde ook de indicatie voor medicatie: 126 patiënten hadden volgens de nieuwe richtlijn wel een indicatie voor medicatie, terwijl de eerdere richtlijn die niet adviseerde en bij 24 patiënten net andersom.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Bij publicatie van een aangepaste richtlijn kan de arts bij patiënten die voor de betreffende aandoening onder behandeling zijn de consequenties daarvan met hen bespreken en het beleid aanpassen. Maar wat te doen bij patiënten die op grond van de eerdere richtlijn uit beeld zijn verdwenen? Moeten artsen die patiënten oproepen? Hoeveel inspanningen moet een arts zich daarbij getroosten? Een lastig dilemma, waarbij het streven naar goede zorgverlening op gespannen voet kan staan met logistieke beperkingen en de eventuele aansprakelijkheid van de arts voor het niet informeren van een patiënt. Richtlijnen vermelden doorgaans niet hoe artsen met dergelijke vraagstukken moeten omgaan.

GEEN TERUGROEPPICHT

Het is een belangrijk gegeven, dat een richtlijn in principe wordt geschreven voor 'nieuwe patiënten' en patiënten die reeds voor de betreffende aandoening onder controle staan. De arts is juridisch gezien verplicht jegens beide groepen te handelen volgens de op dat moment geldende

Nederlands Huisartsen Genootschap, afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Dr. W. Opstelten, huisarts.

Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, departement Publiekrecht, Leiden.

Prof.mr.dr. A.C. Hendriks, jurist.

Contactpersoon: dr. W. Opstelten (w.opstelten@nhg.org).

professionele standaard. Er is in algemene zin geen 'terugroepplicht' voor artsen na een verandering van opvattingen of inzichten. Dat kan bij bijzondere omstandigheden anders zijn. Wanneer de verandering van een richtlijn grote gevolgen heeft voor de gezondheid van een patiënt, zal de arts zich naar vermogen moeten inspannen om de betreffende patiënten te benaderen en te informeren. Dit alles is context-afhankelijk. Het zou helpen als richtlijnen aangeven hoe artsen met dergelijke dilemma's moeten omgaan.

LASTIGE BIJKOMSTIGHEDEN

Een richtlijnverandering kan bij patiënten veel vragen oproepen. Zo kan het moeilijk uit te leggen zijn waarom een bepaald geneesmiddel opeens niet meer nodig is. Het schrappen van een diagnose kan bij de patiënt onbegrip teweegbrengen, wanneer hij concludeert dat hij jarenlang ten onrechte bijwerkingen heeft geaccepteerd of een hogere verzekeringspremie heeft betaald. Omgekeerd kunnen patiënten die zich eerst geen patiënt waanden, het vervelend vinden dat zij niet eerder – preventief – zijn behandeld. Dit alles is echter uit te leggen en te verantwoorden. Richtlijnen baseren zich immers op de stand van de wetenschap op een gegeven moment.

Een arts die zijn behandelbeleid baseert op een vigerende richtlijn handelt in de regel juist. Tegelijkertijd moet een arts een eenmaal ingezet behandelbeleid aanpassen, wanneer nieuwe wetenschappelijke bewijzen en inzichten daartoe dwingen. Het informeren van patiënten over verandering van aanbevelingen is een aspect van kwalitatief goede zorgverlening.

VERANTWOORDELIJKHEID VAN RICHTLIJNMAKERS

Het is de verantwoordelijkheid van richtlijnmakers om duidelijk aan te geven voor welke patiënten de nieuwe

richtlijn verstreckende gevolgen kan hebben, op welke manier deze patiënten kunnen worden geselecteerd en hoe de veranderde aanbevelingen moeten worden geïmplementeerd. Daarnaast bieden publiekswbsites zoals www.thuisarts.nl de mogelijkheid om belangrijke veranderingen van richtlijnen voor een breed publiek toegankelijk te maken.⁶ Het ligt voor de hand dat ook hier een rol is weggelegd voor richtlijnorganisaties.

CONCLUSIE

Richtlijnen bieden dokters en patiënten houvast bij beslissingen over kwalitatief goede zorg. Om die zorg passend te houden moeten richtlijnen regelmatig worden geactualiseerd naar nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen en veranderde inzichten. Om de overgang in de klinische praktijk goed te laten verlopen is het belangrijk dat richtlijnen duidelijk maken wat de gevolgen van veranderingen zijn voor de klinische praktijk. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel makers als gebruikers van richtlijnen om veranderingen in richtlijnen adequaat te implementeren voor de individuele patiënt.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 7 oktober 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9676

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9676**

LITERATUUR

- 1 Hoge Raad. Uitspraak van 2 maart 2001. <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:HR:2001:AB0377>, geraadpleegd op 20 oktober 2015.
- 2 NHG-werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (tweede [partiële] herziening). Huisarts Wet. 2013;56:392-401.
- 3 Geijer RM, Tuut MK, in 't Veen JC, et al. NHG-Standaarden 'Astma bij volwassenen' en 'COPD'. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9076.
- 4 Blanker MH, de Reijke TM, van Moorselaar RJ, Opstelten W. Beleid vroegdiagnostiek prostaatcarcinoom aangepast. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8070.
- 5 Luymes CL, de Ruijter W, Poortvliet RK, et al. Change in calculated cardiovascular risk due to guideline revision: a cross-sectional study in the Netherlands. Eur J Gen Pract. 2015; 31 juli (epub).
- 6 Drenth T, Beijaert RP, Jansen PW, et al. Thuisarts.nl, hoe bevalt dat? Ervaringen na 3 jaar thuisarts.nl. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8282.