



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Zijn richtlijnen nog ondersteunend in de praktijk?

Burgers, J. S.; Hamming, J. F.; Smulders, Y. M.

Citation

Burgers, J. S., Hamming, J. F., & Smulders, Y. M. (2022). Zijn richtlijnen nog ondersteunend in de praktijk? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 166. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3775303>

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3775303>

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

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Zijn richtlijnen nog ondersteunend in de praktijk?

Jako S. Burgers, Jaap F. Hamming, Yvo M. Smulders

Het aantal richtlijnen is de afgelopen jaren enorm toegenomen. Daardoor dreigt hun oorspronkelijke doel teloor te gaan. Hoe zorgen we ervoor dat ze het werk van de zorgprofessional wél verlichten, maar niet als ballast worden ervaren?

Geneeskunde is een toegepaste wetenschap. Zij maakt gebruik van kennis over de anatomie en (patho)fysiologie en van bevindingen uit empirisch onderzoek in de praktijk. Aanvankelijk was deze kennis voornamelijk gestold in leerboeken en in de hoofden van ervaren leermeesters. Wetenschappelijke artikelen droegen bij aan de kennis, maar zonder systematische aanpak.

Met de opkomst van de 'evidence-based medicine' in de jaren 90 van de vorige eeuw kwam de richtlijnontwikkeling op gang. Sindsdien worden bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek systematisch en kritisch beoordeeld en vertaald naar aanbevelingen voor de praktijk. Artsen hoeven niet meer zelf alle ontwikkelingen bij te houden, ze kunnen vertrouwen op richtlijnen. Tenminste, zo zou het idealiter moeten zijn. Maar pakt het in de praktijk ook werkelijk zo uit?

Zowel het aantal richtlijnen als de omvang van die richtlijnen is de afgelopen jaren enorm toegenomen. Voor de meeste medisch specialismen zijn meer dan 50 richtlijnen beschikbaar, met een omvang van vaak meer dan 200 pagina's. Het richtlijnprogramma van de huisartsen spant de kroon, met circa 140 standaarden en richtlijnen. Daarnaast zijn er andere partijen die belang hebben bij richtlijnen in het kader van beleid en toezicht. De oorspronkelijke doelstelling van richtlijnen – het ondersteunen van professional en patiënt bij besluitvorming in de praktijk – dreigt daardoor teloor te gaan.¹

In deze beschouwing gaan wij nader in op de betekenis en het gebruik van richtlijnen en afgeleide producten in de praktijk. Als pendant voor de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' pleiten wij voor 'Juist Gebruik voor de Juiste Zorg'.

Zonder bewijs geen richtlijn?

De gangbare definitie van richtlijnen is 'een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers'.² Een richtlijn is per definitie evidencebased. Zonder wetenschappelijke onderbouwing met literatuuronderzoek is een richtlijn een contradictio in terminis.

Dit betekent niet dat een richtlijn geen aanbevelingen kan geven als er geen wetenschappelijk bewijs voorhanden is. Zolang er goed is gezocht en de aanbevelingen via een zorgvuldige procedure en met brede consensus tot stand zijn gekomen, kan er nog steeds sprake zijn van een richtlijn. Sterker nog: de meeste aanbevelingen in richtlijnen berusten op matige kwaliteit van bewijs of expertopinie. Dit is zelfs het geval in de cardiologie, waar relatief veel wetenschappelijk onderzoek voorhanden is.³

Denken of doen?

Richtlijnen geven aanbevelingen over een gemiddeld optimaal beleid. In de spreekkamer moeten er persoonsgerichte keuzes worden gemaakt. Juist in kwesties waarbij meerdere beleidsopties beschikbaar zijn en het niet duidelijk is welke de beste is, kunnen richtlijnen helpen om een keuze te maken. Niet via een eenduidig advies, maar om de voor- en nadelen van de diverse opties transparant te presenteren. Visuele hulpmiddelen als infographics of zogenoemde keuzekaarten kunnen behulpzaam zijn bij het gesprek met de patiënt om samen een persoonsgerichte keuze te maken.⁴

De optionele uitwerking van een richtlijn is een protocol. Dit geeft niet alleen aan wat er bij welke patiënt gedaan moet worden, zoals in een richtlijn, maar ook hoe, door wie en wanneer, soms voorzien van een stappenplan dat moet worden doorlopen.⁵

Vaak worden deze protocollen lokaal of regionaal binnen een instelling ontwikkeld op basis van een richtlijn en professionele afspraken. Terwijl een richtlijn bedoeld is om de besluitvorming met onderbouwing te ondersteunen en daarmee het denken aanscherpt, moet een protocol gewoon worden uitgevoerd. Een kwestie van doen.

Eigenwijs of eigen wijs?

Afwijken van een richtlijn, ofwel anders handelen dan wat een richtlijn als gemiddeld optimaal beleid adviseert, is regelmatig

noodzakelijk ten behoeve van goede patiëntenzorg, bijvoorbeeld bij patiënten met comorbiditeit.⁶ Afwijken van een protocol is lastiger omdat daarmee afspraken worden geschonden, bijvoorbeeld bij handhygiëne en isolatiemaatregelen. Wel hebben beide eenvormigheid van (gemiddeld) beleid als doel, om zo de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te ondersteunen.

Uiteindelijk blijft de arts bij zowel de toepassing van richtlijnen als de toepassing van protocollen zelf verantwoordelijk voor de communicatie met de patiënt en de gemaakte keuzes. Een disclaimer bij de richtlijnen wijst hierop (zie kader Voorbeeld van disclaimer bij NHG-standaarden).

Mogelijkheden en beperkingen

Richtlijnen kunnen bijdragen aan het verbeteren van het zorgproces en de patiëntuitkomsten, hoewel dat laatste moeilijker aan te tonen is.⁷ Andere factoren, bijvoorbeeld met betrekking tot de organisatie van zorg en samenwerking binnen het professionele team, spelen ook een belangrijke rol bij het leveren van kwaliteit.⁸ Het gebruik van richtlijnen is geen wondermiddel maar wellicht een noodzakelijke voorwaarde om tenminste aan een basaal kwaliteitsniveau te voldoen.⁹

Daarnaast dragen richtlijnen bij aan het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, van zowel onderbehandeling als overbehandeling. Ook doelmatig gebruik van diagnostische technieken heeft aandacht in richtlijnen, zoals het gericht in plaats van routinematig aanvragen van laboratoriumonderzoek en beeldvorming. Aan de andere kant kunnen richtlijnen de introductie van nieuwe, soms dure interventies aanbevelen en onderbouwen. De kosten kunnen worden meegenomen in de richtlijn, maar de besluitvorming over vergoeding of opname in het basispakket is geen zaak van richtlijnmakers. Artsen die vooroplopen, zullen hiervoor aan andere tafels in gesprek moeten gaan.

De inzichtelijke wijze waarin de keuzeopties worden gepresenteerd, zijn niet alleen behulpzaam voor de professional. Ze kunnen ook de patiënt helpen. Daarvoor is vertaling van de richtlijn in begrijpelijke taal wel een voorwaarde. Met ruim vijf miljoen bezoekers per maand is Thuisarts.nl koploper voor het Nederlandse publiek als het gaat om betrouwbare, op richtlijnen gebaseerde informatie over ziekte en gezondheid.

De keerzijde van de toegankelijkheid en praktische toepasbaarheid van Thuisarts is dat artsen minder geneigd zijn de oorspronkelijke richtlijnen met onderbouwing te raadplegen. Daardoor verschaalt de vakkennis. Continue professionele scholing is nog steeds noodzakelijk om up-to-date te blijven en als professional op wetenschappelijke wijze te blijven opereren. In veel medisch-specialistische richtlijnen ontbreekt nog een compact overzicht van specifieke vragen omtrent de handelwijze in diagnostiek, behandeling en follow-up. Dit maakt ze minder goed toegankelijk en toepasbaar in de dagelijkse praktijk. De uitdaging in de komende jaren is om de vindbaarheid en bruikbaarheid van richtlijnaanbevelingen in de dagelijkse praktijk te verbeteren. Richtlijnen vormen vaak de basis voor meetinstrumenten of indicatoren om de zorg te monitoren of te evalueren. In het kader van intern kwaliteitsbeleid waarbij professionals de informatie zelf interpreteren en in eigen kring bespreken, versterkt het de motivatie en het leervermogen. Externe partijen als toezichthouders en zorgverzekeraars willen indicatoren ook gebruiken voor controle of bij contractafspraken. De validiteit van de indicatoren als maat voor goede zorg is vaak echter niet aangetoond. Als deze dan toch worden ingezet voor budgettering of 'pay-for-performance', is er sprake van onjuist gebruik.¹⁰ Richtlijnen verlichten dan niet meer maar verworden tot ballast.

Tot slot

Richtlijnen vormen voor veel disciplines de basis voor professioneel handelen en kunnen een baken van kennis zijn. Maar als het aantal richtlijnen en de omvang ervan verder toenemen, en als er steeds meer bijwerkingen optreden door onoordeelkundig gebruik – zowel in de professionele als beleidsmatige setting –, zijn de lasten groter dan de lusten.

Het begrenzen van de doelstelling en het vinden van de juiste balans tussen volledigheid en beknoptheid zijn belangrijke uitdagingen voor richtlijnmakers en andere betrokken partijen. De verbetering van de toegankelijkheid, de actualisering en de toepassing bij bijvoorbeeld multimorbiditeit door optimaal gebruik van digitale technologieën vereisen nog een forse inspanning. Hieraan wordt gewerkt in lopende ZonMw-innovatieprojecten.

Zolang zorgprofessionals bij richtlijnontwikkeling het roer in handen houden en de zorg nog kunnen sturen, kunnen artsen blijven vertrouwen op richtlijnen, mits juist gebruikt voor de juiste zorg.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D6953
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: prof.dr. J.S. Burgers, huisarts (tevens Universiteit Maastricht, Care and Public Health Research Institute, vakgroep Huisartsgeneeskunde). LUMC, afd. Heelkunde, Leiden: prof.dr. J.F. Hamming, chirurg. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Interne Geneeskunde, Amsterdam: prof.dr. Y.M. Smulders, internist.
- Contact: J.S. Burgers (j.burgers@nhg.org)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

— Aanvaard op 8 juni 2022

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2022;166:D6953

Literatuur

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm, a new health system for the 21st century. Washington DC: The National Academy Press; 2001.
2. Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden (AQUA): [AQUA-leidraad](#). Geraadpleegd op 6 mei 2022.
3. Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, Smith SC Jr, Lopes RD. Levels of evidence supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018. JAMA. 2019;321:1069-80. [doi:10.1001/jama.2019.1122](#). [Medline](#)
4. Van der Weele GM, Baghus A. Samen Beslissen met hulp van Keuzekaarten. Huisarts Wet 2022 (ingediend).
5. Van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van der Weijden T. (red). Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
6. Koerselman GF, Korzec A. [Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:1757-9 [Medline](#).
7. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2009;18:385-92. [doi.org/10.1136/qshc.2008.028043](#). [Medline](#)
8. Curry LA, Spatz E, Cherlin E, et al. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study. Ann Intern Med. 2011;154:384-90. [doi:10.7326/0003-4819-154-6-201103150-00003](#). [Medline](#)
9. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ. 1995;153(10):1423-1431 [Medline](#).
10. Rosenbaum L. Reassessing quality assessment - the flawed system for fixing a flawed system. N Engl J Med. 2022;386:1663-7. [doi:10.1056/NEJMms2200976](#). [Medline](#)

Voorbeeld van disclaimer bij NHG-standaarden

Inbreng van de patiënt en gedeelde besluitvorming

De NHG-richtlijnen geven aanbevelingen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dus centraal. De zorg en behandeling worden afgestemd op de behoeften en voorkeuren van de patiënt, rekening houdend met diens specifieke omstandigheden en met oog voor diens eigen verantwoordelijkheid.

Patiënt en zorgverlener beslissen samen over onderzoek, behandeling en zorg. Informatie-uitwisseling over de voor- en nadelen van de opties, inclusief niet-behandelen, en bespreking van de voorkeuren en waarden van de patiënt zijn hierbij essentieel. De huisarts biedt de patiënt hiervoor de benodigde tijd en ondersteuning en betreft, indien gewenst, ook de naasten van de patiënt bij besluitvormende gesprekken.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van de richtlijn rechtvaardigen. Dit doet niets af aan het feit dat deze richtlijn bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.