

Richtlijnen en Minerva

Minerva wijdt nooit volledige besprekingen aan richtlijnen, de in België gebruikte term voor 'clinical practice guidelines'. Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen om de huisarts en de patiënt te helpen bij het zoeken naar de beste zorg in de gegeven klinische omstandigheden. Het is de bedoeling om door het geven van expliciete aanbevelingen bewust de medische praktijk te beïnvloeden.

In België is het de taak van CEBAM (de Belgische afdeling van de Cochrane Collaboration) om richtlijnen al of niet te voorzien van een kwaliteitslabel na het evalueren van de methodologie op basis van de AGREE-score (AGREE Collaboration¹). In andere landen ontwikkelden nationale agentschappen een strikte methodologie voor het opstellen van richtlijnen, zoals bv. NICE in het V.K. Het internationale netwerk 'GIN' (Guidelines International Network)² is een betrouwbare bron van richtlijnen, voorzien van een kwaliteitslabel. La Revue Prescrire daarentegen besteedt meer aandacht aan het praktische nut van richtlijnen. Omdat de validiteit van richtlijnen al ruimschoots geëvalueerd wordt door andere instanties, koos Minerva er voor om dit werk niet nog eens opnieuw te doen. Na de bespreking van een interventie refereren we in de paragraaf 'Voor de praktijk' bijna altijd naar gevalideerde richtlijnen.

Nut van richtlijnen

Sinds het ontstaan van richtlijnen vragen velen, zowel in België als in andere landen, zich af welk nut ze hebben³. Dat nut kunnen we evalueren op de drie klassieke domeinen voor kwaliteitsbewaking: de structuur, het proces en de resultaten.

De structuur gaat over de kwaliteit en de kwantiteit van de beschikbare of gebruikte middelen. Het proces gaat over de manier waarop deze middelen aangewend worden (hoe werkt men op het terrein? worden richtlijnen toegepast?). De resultaten bestaan uit aspecten als morbiditeit, mortaliteit, genezing, niet-voorzien gebeurtenissen, complicaties, tevredenheid van de patiënt. Niettegenstaande het belangrijk is dat richtlijnen goed scoren op de eerste twee domeinen, zijn we toch vooral geïnteresseerd in hun resultaten: verbetert een richtlijn buiten de zorg ook de klinische evolutie van de patiënt? Kon men dit reeds aantonen?

Lugtenberg et al. onderzochten in 2009 het effect van de richtlijnen in Nederland (ontstaan in 1990) op de kwaliteit van de zorg⁴. Zij includeerden 20 studies (gecontroleerde continue studies of studies met een pre-postdesign). De resultaten toonden vooral een significante verbetering aan op het vlak van de zorgstructuur en het zorgproces (in 17 van de 19 studies die dat onderzochten) met een sterk variabele effectgrootte binnen één richtlijn. Negen studies onderzochten het effect op de gezondheid van de patiënt. In zes studies waren er significante, maar beperkte verbeteringen. De auteurs wijzen op het beperkte aantal studies dat het effect van richtlijnen on-

derzocht en op de noodzaak om te bepalen welke factoren het gebruik van richtlijnen beïnvloeden en de uitkomst bij de patiënt verbeteren.

In Zwitserland onderzochten Barben et al. in een pre-poststudie het effect van een nationale richtlijn over de behandeling van bronchiolitis⁵. Zij stelden een belangrijk effect vast op het gebruik van geneesmiddelen met een niet-bewezen werkzaamheid (procesindicator; voor bronchodilatoren verminderde het gebruik van 60% naar 23% en voor inhalatiecorticosteroiden van 34 naar 6%).

Arnold et al. en McCabe et al. onderzochten in 2009 het effect van twee Amerikaanse richtlijnen over 'community acquired' pneumonie (CAP)^{6,7}. De eerste publicatie was een secundaire analyse van gegevens uit een internationale databank (43 centra verspreid over de hele wereld)⁶. De auteurs includeerden de gegevens van 1 649 vijftenzestigplussers, gehospitaliseerd voor CAP, waarvan 59% een behandeling kreeg conform aan de richtlijn. Het opvolgen van de richtlijn resulteerde in een betere klinische stabiliteit op dag zeven (overgang naar orale behandeling), een significante verkorting van de hospitalisatieduur en een lagere mortaliteit in het ziekenhuis (8% versus 17%, $p < 0,01$).

McCabe et al. onderzochten de gegevens van 113 ziekenhuizen verspreid over 15 Amerikaanse staten⁷. Ze analyseerden de gegevens van 54 619 patiënten met CAP die niet opgenomen waren op intensieve zorgen. 65% van hen kreeg een behandeling in overeenstemming met de richtlijnen. Na correctie voor de ernst van de ziekte en voor andere mogelijke versturende factoren, daalden door het volgen van de richtlijn significant de mortaliteit tijdens hospitalisatie (OR 0,70; 95% BI van 0,63 tot 0,77), het risico van sepsis en nierinsufficiëntie en de hospitalisatieduur, en konden patiënten sneller overgaan van parenterale naar orale behandeling.

In het domein van de huisartsgeneeskunde beschikken we momenteel niet over studies die het effect onderzoeken van richtlijnen op de gezondheid van de patiënt, een evaluatie die nochtans onontbeerlijk is.

Besluit

De resultaten van verschillende studies tonen aan dat het nuttig is om de aanbevelingen van methodologisch goed opgestelde richtlijnen toe te passen. Het nut op het vlak van zorgstructuur en zorgproces is goed aangetoond. Voor klinische uitkomsten is de onderbouwing minder sterk. Het zou juist een uitdaging moeten zijn om hun effect op klinische uitkomsten door weliswaar complex onderzoek beter te onderbouwen. Dat is een uitdaging voor de huisartsgeneeskunde en tevens een aansporing om richtlijnen te implementeren en deze te evalueren op hun uiteindelijke doelstelling, namelijk de verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt.

1. AGREE Collaboration. Appraisal of individual recommendations. <http://www.agreecollaboration.org/appraisal/> (geraadpleegd 11 maart 2010).
 2. Guidelines International Network (G-I-N). <http://www.g-i-n.net/> (geraadpleegd 11 maart 2010).
 3. Paulus D, Chevalier P, Bruwier G. Recommandations de bonne pratique: outils pertinents ? *Revue Médecine Générale* 2001;186:352-6.
 4. Lugtenberg M, Burgers JS, Wetert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009;18:385-92.

5. Barben J, Kuehni CE, Trachsel D, Hammer J; Swiss Paediatric Respiratory Research Group. Management of acute bronchiolitis: can evidence-based guidelines alter clinical practice? *Thorax* 2008;63:1103-9.
 6. Arnold FW, LaJoie AS, Brock GN, et al; Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) Investigators. Improving outcomes in elderly patients with community-acquired pneumonia by adhering to national guidelines. *Arch Intern Med* 2009;169:1515-24.
 7. McCabe C, Kirchner C, Zhang H, et al. Guideline-concordant therapy and reduced mortality and length of stay in adults with community-acquired pneumonia: playing by the rules. *Arch Intern Med* 2009;169:1525-31.