



Evidence based richtlijnen, werken volgens de laatste stand van wetenschap

H. Vermeulen · S. Berben · M. Heinen

Published online: 10 July 2017
© Bohn Stafleu van Loghum 2017

Samenvatting Richtlijnen hebben tegenwoordig terecht een belangrijke plek in ons dagelijks professioneel handelen en in de nieuwe beroepsprofielen. Ze zijn een richtsnoer dat ons als zorgprofessionals helpt om excellente zorg volgens de laatste stand van wetenschap te geven. Daarmee is ons dagelijks klinisch handelen meer gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Daarnaast helpen richtlijnen grote variatie tussen gezondheidszorginstellingen en zorgprofessionals te voorkomen. Ook helpen richtlijnen om de groeiende informatiestroom aan literatuur hanteerbaar te maken. Voor de meeste zorgprofessionals is het immers te tijdrovend en te ingewikkeld geworden om alle literatuur bij te houden.

Trefwoorden evidence-based practice · kwaliteit van zorg · professionalisatie

Van consensus naar evidence-based

Richtlijnen hebben niet altijd zo'n prominente plek gehad in ons dagelijks professioneel handelen. De opkomst van de richtlijnen is terug te voeren naar de jaren 70 van de vorige eeuw. Aanvankelijk was de methodiek van richtlijnontwikkeling vooral gebaseerd op consensus. Dat veranderde in de jaren 80. Toen kwamen de eerste evidence-based richtlijnen. Deze beweging werd aangejaagd door de Amerikaanse Agency

for Healthcare Research & Quality. De opkomst van de computer en de klinische epidemiologie brachten een stroom aan toegankelijke en goede wetenschappelijke informatie op gang. De paradigmashift naar evidence-based werken kwam helemaal goed op gang door de opkomst van evidence-based medicine, gelanceerd in het zogenaamde landmark artikel van Sackett et al. [1]. Deze methodiek werd later door alle disciplines in de gezondheidszorg omarmd waarmee de generieke term evidence-based practice (EBP) in opgang raakte. Bij de besluitvorming over hoe te handelen werd meer gebruik gemaakt van beschikbare wetenschappelijke inzichten, naast de klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt. In de jaren 90 ontwikkelden zich in veel landen grote programma's om richtlijnen te ontwikkelen. Echter met deze ontwikkeling nam ook de variatie in de kwaliteit van richtlijnen toe.

Kwaliteit van richtlijnen verhogen

Sinds het begin van deze eeuw zijn er dan ook allerlei initiatieven ontstaan om de methodiek en daarmee de betrouwbaarheid van de evidence-based richtlijnen te vergroten. Immers de potentiële voordelen (minder variatie, meer effectiviteit, veiligheid en persoonsgerichtheid) van richtlijnen hangen samen met de kwaliteit van de richtlijn. Het vertrouwen in de kwaliteit is ook van groot belang voor implementatie in de dagelijkse praktijk. Om de kwaliteit van richtlijnen te verhogen is het AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) Instrument begin van deze eeuw ontwikkeld. Het is een hulpmiddel om de methodologie en transparantie van de richtlijnontwikkeling te beoordelen [2].

Alle auteurs zijn betrokken bij de bestuurscommissie richtlijnen van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

H. Vermeulen (✉) · M. Heinen
IQ healthcare, Radboudumc, Nijmegen, Nederland
Hester.vermeulen@radboudumc.nl

S. Berben
Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Radboudumc, Nijmegen, Nederland



Van evidence-based naar change-based

De jongste ontwikkelingen betreffende richtlijnen in ons eigen land zijn gevangen in 'de Richtlijn voor Richtlijnen' en de 'Handleiding en Toolbox Richtlijnontwikkeling in de Nederlandse Gezondheidszorg' (HARING) (<http://www.ha-ring.nl/>). De 'Richtlijn voor Richtlijnen' is uitgegeven door de Regieraad Kwaliteit van Zorg. Het geeft 20 criteria voor het ontwikkelen en het implementeren van de aanbevelingen van een richtlijn in de dagelijkse praktijk. De criteria zijn verdeeld over drie fasen: voorbereidingsfase (7 criteria), ontwikkelfase (9 criteria) en afrondingsfase (4 criteria). Met de aandacht voor implementatie is duidelijk dat de nieuwe generatie richtlijnen geëvolueerd is naar 'change-based'.

Implementatie in de dagelijkse praktijk

Richtlijnopstellers willen daadwerkelijk verandering in de dagelijkse praktijk teweeg brengen zodat de wetenschap de praktijk en daarmee de zorggebruiker bereikt. Niet alleen de methodiek van richtlijnontwikkeling is dus geëvolueerd, maar ook onze kijk op en verhouding met zorggebruikers. In de HARING-toolbox zijn dan ook instrumenten te vinden om gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) en patiëntenparticipatie mogelijk te maken. Dit behoort tot de nieuwste inzichten die steeds meer algemeen goed worden voor alle gezondheidszorgprofessionals. Hetzelfde geldt voor het feit dat veel richtlijnen steeds vaker met verschillende gezondheidszorgprofessionals worden opgesteld en dus multidisciplinair zijn, wat interprofessioneel werken mogelijk maken.

Meest recente definities

In de Richtlijn voor Richtlijnen en de HARING-tools wordt de nieuwste definitie voor een landelijke richtlijn gehanteerd: 'Een richtlijn is een document met aanbevelingen, 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 expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers'. De definitie van een Richtlijn omvat de volgende kenmerken van kwaliteit van zorg: effectiviteit, veiligheid, patiënt-/cliëntgerichtheid, doelmatigheid, tijdigheid en gelijkheid. Uit de definitie blijkt ook glashelder dat landelijke richtlijnen er voor alle soorten gezondheidszorgprofessionals zijn. De huisartsen waren in 1989 weliswaar de zogenaamde *early adopters* en hebben vele richtlijnen opgesteld. Andere beroepsgroepen volgden niet lang daarna. Richtlijnen zijn sinds die tijd niet meer weg te denken zowel in de praktijk als in het onderwijs.

Richtlijnen en EBP in de beroepsprofielen

Als we de documenten van de beroepsprofielen of functieprofielen bekijken dan komen de woorden richtlijnen, wetenschap en evidence-based handelen zeer regelmatig voor. Van de moderne zorgprofessional wordt verwacht dat hij voor het vakinhoudelijk handelen werkt met professionele standaarden en richtlijnen, dat hij de principes van evidence-based practice toepast voor kennisontwikkeling en kwaliteitverbetering, kan participeren in praktijkonderzoek en elementaire kennis van methoden van onderzoek kan hanteren. Minder expliciet wordt genoemd dat een zorgprofessional ook kan participeren in de ontwikkeling van richtlijnen. Hiervoor is dezelfde soort kennis nodig en vooral de drijfveer om bij te willen dragen aan het leveren van excellente zorg.

Spanningsveld met professionele autonomie

Tussen professionele autonomie en evidence-based werken lijkt een spanningsveld te bestaan. Als professional kun je niet klakkeloos voor iedere patiënt of cliënt opvolgen wat de richtlijn aangeeft. Zoals de evidence-based medicine definitie van Sackett al [1]. al aangeeft neem je in de besluitvorming altijd de individuele kenmerken en wensen van de patiënt mee. Een richtlijn geeft letterlijk richting aan wat de beste behandelopties zijn op basis van wetenschappelijk bewijs en de mening van experts. Dat betekent niet dat dit voor alle patiënten of cliënten altijd de beste keuze is. Daarom is het ook nodig om in die gevallen beredeneerd, op basis van jouw expertise, te kunnen afwijken van hetgeen er in de richtlijn wordt aanbevolen.

Zelf aan de slag?

Met dit artikel hebben we een historisch perspectief willen schetsen van landelijke evidence-based richtlijnen en aan willen geven dat deze richtlijnen van groot belang zijn om excellente zorg te kunnen leveren. Richtlijnen en hulpmiddelen voor implementatie vindt u op de websites van NCJ, AJN en V&VN, maar ook bijvoorbeeld op www.oncoline.nl, www.ggzrichtlijnen.nl, www.nhg.org/richtlijnen-praktijk en www.zorginzicht.nl.

Literatuur

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
2. <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-reporting-checklist/>. Geraadpleegd op: 14 juni 2017.

H. Vermeulen, hoogleraar Verplegingswetenschap.

S. Berben, associate lector Acute Intensieve Zorg.

M. Heinen, senior onderzoeker Verplegingswetenschap.