

COMMENTAAR

Interpretatie en oordeelsvorming beïnvloeden evidencebased richtlijnen

Paul L.P. Brand

Gerelateerde artikelen: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4379 en A4389

Evidencebased richtlijnen worden almaar belangrijker voor het medisch handelen. Hoewel het artsen vrij staat om gemotiveerd af te wijken van een richtlijn krijgen richtlijnen steeds meer juridische status en worden ze gebruikt als basis voor vergoeding van zorg door verzekeraars.^{1,2} Door de toenemende populariteit van evidencebased geneeskunde en de sterk verbeterde toegankelijkheid van epidemiologisch bewijs via het internet lijkt een rotsvast vertrouwen te bestaan in de betrouwbaarheid en onwankelbaarheid van richtlijnen.³

De beperkingen van richtlijnen krijgen relatief weinig aandacht in de literatuur. Onlangs bespraken Smulders en collegae in het *Tijdschrift* dat slechts een klein deel van ons medisch handelen gebaseerd is op bewijs, dat al het onderzoek waarop bewijs gebaseerd is gevoelig is voor vertekening ofwel bias, en dat het bewijs meestal niet toepasbaar is op de individuele patiënt in de spreekkamer.⁴ Deze kanttekeningen richten zich vooral op de kwaliteit en toepasbaarheid van het epidemiologisch bewijs. In dit commentaar bespreek ik de invloed van overtuigingen en denkbeelden van experts bij het omzetten van de 'evidence' in aanbevelingen.

VAN EVIDENCE NAAR AANBEVELING: TRADITIONEEL EN GRADE

In 2007 bracht de Nederlandse Vereniging voor Kinderneeskunde een herziening uit van haar richtlijn over astmabehandeling bij kinderen (www.nvk.nl; onder 'kwaliteit' en 'richtlijnen en indicatoren' klikken op 'richtlijnen' en vervolgens op 'Astma bij kinderen'). Op de voor evidencebased richtlijnen gebruikelijke manier waren na een systematische zoektocht door de literatuur en het beoordelen hiervan door een groep experts aanbevelingen gedaan. Omdat over verschillende aanbevelingen in de beroepsgroep discussie bleef bestaan werden echter 4 van deze aanbevelingen, met steun van de kwaliteitsgelden van de Orde van Medisch Specialisten, opnieuw opgesteld volgens de zogenaamde GRADE-methode, waarover Boluyt et al. elders in dit nummer schrijven.⁵ De volledige tekst van

deze herziening is online te vinden (www.nvk.nl; onder 'richtlijnen'; 'Astma, behandeling bij kinderen').

Over de rol van het meten van stikstofmonoxide in de uitademingslucht (FeNO), een van deze 4 aanbevelingen, is eerder in het *Tijdschrift* gerapporteerd.⁶ In een samenvatting van de richtlijn, online gepubliceerd in *NTvG* (www.ntvg.nl; zoeken op A4389) worden de resultaten beschreven van de overige 3 aanbevelingen, die alle over therapie gaan.⁷ Saillant is dat alle 4 de oorspronkelijke aanbevelingen aangepast zijn, nadat ze volgens de GRADE-methode opnieuw zijn opgesteld.⁵ Dat illustreert dat het verschil in werkwijze tussen de traditionele manier en GRADE belangrijke invloed heeft op de inhoud van aanbevelingen in richtlijnen.

OVERWEGINGEN ZIJN VAN CRUCIAAL BELANG

Het verschil tussen de traditionele manier van richtlijnontwikkeling en de GRADE-methode zit vooral in de weging van het bewijs.⁵ Voor die weging gebruiken experts allerlei overwegingen, die in de traditionele manier van richtlijnontwikkeling vaak onduidelijk blijven. Dat werd 15 jaar geleden al onderkend als belangrijk nadeel van evidencebased richtlijnen.⁸ Die overwegingen zijn van cruciaal belang voor de uiteindelijke inhoud van richtlijnen: als verschillende groepen experts aan de slag gaan met dezelfde 'evidence' komen ze tot verschillende aanbevelingen.⁹ Blijkbaar is de weg van bewijs naar aanbeveling dus niet eenduidig. Interpretatie van het bewijs is onvermijdelijk en heeft grote invloed op de inhoud van de uiteindelijke richtlijn. Dit vraagt om een zorgvuldig, voor iedereen navolgbaar oordeelvormingsproces.

DE MENSELIJKE NATUUR

Het is niet verwonderlijk dat het oordeel over de inhoud van de aanbevelingen verandert wanneer de denkbeelden en overwegingen van de experts expliciet worden meegenomen in de oordeelsvorming. Dit hoort namelijk bij de manier waarop mensen oordelen vormen en besluiten nemen. Bijna 40 jaar geleden ontdekte de organisatieadviseur Lex Bos dat wanneer mensen, individueel of in groepen, tot een oordeel komen zij aandacht besteden aan 4 zogenaamde velden: 2 die vooral terugkijken (feiten en begrippen) en 2 toekomstgerichte velden (doelen en middelen). Om een goed oordeel te vellen over een vraagstuk

Isala klinieken, Amalia kinderafdeling, Zwolle.

Prof.dr. P.L.P. Brand, kinderarts (tevens: UMCG)

Postgraduate School of Medicine, Groningen)

(p.l.p.brand@isala.nl).

navigeren mensen voortdurend tussen deze 4 velden.¹⁰ In richtlijnen is het vraagstuk hoe de ziekte het beste behandeld kan worden. De aanbevelingen vormen het doelveld, de implementatiestrategie het middelenveld. Het bewijs zijn de feiten. Het model van Bos, dat hij 'Dynamische Oordeelsvorming' noemde, laat zien dat het 4e veld, dat van de begrippen, ook aandacht verdient bij richtlijnontwikkeling. Daar bevinden zich de overtuigingen, de denkbeelden en de overwegingen van de experts die de richtlijn ontwikkelen. Alleen als ook dat veld onderzocht is en expliciet gemaakt kan een groep tot een gezamenlijk oordeel komen en dus een aanbeveling ontwikkelen die consensus geniet en voor anderen navolgbaar is.

WAT KUNNEN WE HIERVAN LEREN?

De GRADE-methode verdient de voorkeur boven de traditionele manier van richtlijnontwikkeling, niet alleen vanwege de redenen die Boluyt et al. elders in het *Tijdschrift* bespreken, maar ook omdat ze beter aansluit bij de manier waarop mensen tot oordelen komen. Het is niet voor niets dat artsen meer geneigd zijn om aanbevelingen te volgen die op deze manier tot stand zijn gekomen dan die uit de traditionele richtlijnen.¹¹ Door de overwegingen en overtuigingen van de betrokken experts expliciet te maken kan ook een eventueel belangenconflict beter worden herkend. Als we willen dat richtlijnen ook werkelijk gevolgd worden, dan moeten ze recht doen aan de wetmatigheden van menselijke oordeelsvorming.

WAAR MOETEN WE VOOR OPPASSEN?

GRADE is inmiddels als optimale methode voor de ontwikkeling van richtlijnen omarmd door verscheidene nationale en internationale organisaties. Daarmee heeft GRADE een zekere status gekregen: als een richtlijn meldt

dat ze volgens GRADE is ontwikkeld, dan kan ze al gauw worden ervaren als een goede richtlijn waarvan de aanbevelingen zonder verdere kritische beschouwing kunnen worden toegepast. Dat is vergelijkbaar met de status die evidencebased richtlijnen hadden toen die methode nog nieuw was, maar zoals hierboven besproken kennen we inmiddels ook de beperkingen ervan. GRADE-richtlijnen zijn alleen nuttiger dan gewone evidencebased richtlijnen als de overwegingen en overtuigingen van de opstellers van de richtlijn (in het begrippenveld) expliciet zijn besproken. Dat gebeurt helaas niet altijd. Recent is in een vooraanstaand Amerikaans vaktijdschrift voor longgeneeskunde een richtlijn van de American Thoracic Society gepubliceerd over de waarde van FeNO-metingen bij de diagnostiek en monitoring van astma.¹² Hoewel dit als een GRADE-richtlijn is gepresenteerd worden de overwegingen van de experts nergens expliciet besproken. We moeten er dus voor oppassen dat 'GRADE' wordt gebruikt als 'epitheton ornans' – een toevoeging voor de sier – of als misplaatst kwaliteitskeurmerk. Als u een GRADE-richtlijn leest, checkt u dan eerst of de overwegingen, overtuigingen, en keuzes van de opstellers expliciet zijn besproken. Dan kunt u namelijk beoordelen of u het daarmee eens bent, en dus de aanbevelingen wilt opvolgen.

Ron Henkes leverde constructief commentaar op een eerdere versie van het manuscript.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;155:A4595

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- Smulders YM. Vrijheid om af te wijken. *Med Contact* (Bussum). 2008;43:1763-1767.
- Koerselman GF, Korzec A. Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008;152:1757-1759.
- Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA.* 2008;300(15):1814-1816.
- Smulders YM, Levi M, Stehouwer CDA, Kramer MHH, Thijs A. De rol van epidemiologisch bewijs in de zorg voor individuele patiënten. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010;154:A1910.
- Boluyt N, Rottier BL, Langendam MW. Richtlijnen worden transparanter met de GRADE-methode. Nieuwe methode maakt overwegingen bij aanbevelingen expliciet. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2012;156:A4379.
- Langendam M, Pijnenburg MW, de Jongste JC, Hooft L, Scholten RJ, Boluyt N. Behandeling kinderen met astma op geleide van stikstofmonoxide in de uitademingslucht. Meerwaarde stikstofmonoxidemeting nog niet aangetoond. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010;154:A1804.
- Rottier BL, Janssens HM, de Jongste JC, Brouwer ML, Vrijlandt EJLE, Boluyt N. Richtlijn 'Behandeling van astma bij kinderen'. 3 controversiële behandelopties. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2012;156:A4389.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ.* 1999;318:527-30.
- Raine R, Sanderson C, Hutchings A, Carter S, Larkin K, Black N. An experimental study of determinants of group judgments in clinical guideline development. *Lancet.* 2004;364:429-37.
- Bos AH. Oordeelsvorming in groepen [proefschrift]. Wageningen: Landbouwniversiteit Wageningen; 1974.
- Cuello Garcia CA, Pacheco Alvarado KP, Perez GG. Grading recommendations in clinical practice guidelines: randomised experimental evaluation of four different systems. *Arch.Dis.Child* 2011; 96:723-8.
- Dweik RA, Boggs PB, Erzurum SC, et al. An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184:602-15.