



Evidence-based richtlijnen

(deel 3) Dit is het derde artikel uit een serie van zeven over het beoordelen van diverse vormen van medisch-wetenschappelijke publicaties.^{1,2} De reden voor deze serie is om verpleegkundigen te helpen bij het efficiënt en kritisch beoordelen van wetenschappelijke literatuur op hun vakgebied. Het bijhouden van vakliteratuur is voor velen lastig omdat hiervoor eigenlijk (te) weinig tijd is. Daarnaast vertrouwt men vaak op de eigen ervaring en routine. Toch is het goed om te realiseren dat we, ondanks onze opgebouwde expertise, vele malen per dag keuzes maken, zonder zeker te weten wat de juiste keuze is.

*Astrid Goossens, Hester Vermeulen en Dirk Ubbink
allen zijn verbonden aan het Amsterdams Centrum voor Evidence Based Practice en werkzaam op de afdeling Kwaliteit en Proces Innovatie van het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam*

» Enkele voorbeelden. Op welke manier detecteer ik het beste een delier?³ Is de griepvaccinatie voor ouderen boven de 65 net zo effectief als voor jongvolwassenen?⁴ Wat moet ik doen om smetten bij patiënten te voorkomen of te behandelen?⁵ Hoe zorg ik ervoor dat verpleeghuispatiënten goed op gewicht blijven?⁶ Hoe ga ik om met agressie of apathie bij demente bejaarden?^{7,8} Als u zich deze onzekerheden realiseert, kunt u deze voortaan trachten op te lossen door een beroep te doen op bewijsmateriaal uit de vakliteratuur, zoals het EBP-principe ook bepleit. Het meest efficiënt is om de zoektocht te

beginnen met het vinden van geaggregeerde evidence, zoals geschreven in richtlijnen en systematische literatuuroverzichten. Dit scheelt namelijk tijd aangezien de in de richtlijn of review opgenomen studies reeds kritisch zijn beoordeeld.

Het doel van deze 'toolbox' is om, op vrij eenvoudige wijze en zonder dat kennis van statistiek nodig is, de waarde van richtlijnen zelf te kunnen beoordelen. Een kritische beoordeling van een willekeurige studie of richtlijn bestaat altijd uit drie belangrijke punten. Ten eerste of de informatie in een studie valide is (dat wil

zeggen, antwoord kan geven op de vraagstelling), ten tweede wat, hoe groot en hoe precies de uitkomsten van de studie zijn en ten derde of deze toepasbaar zijn in uw eigen situatie. De kritische beoordeling van een richtlijn gebeurt aan de hand van een checklist van vragen over een zestal eigenschappen (ofwel domeinen) van de richtlijn. Daardoor verloopt de beoordeling iets anders dan die van een gerandomiseerde studie.¹⁾ Toch gaat het hier ook voornamelijk om de beoordeling van de validiteit en de toepasbaarheid in de praktijk.

Definitie van evidence-based richtlijnen

Het gebruik van richtlijnen is tegenwoordig niet meer weg te denken uit de verpleegkundige zorg. Richtlijnen worden al sinds de jaren tachtig ontwikkeld, aanvankelijk vooral door artsen. Die eerste generatie richtlijnen bestond uit 'consensusrichtlijnen', documenten over een bepaald onderwerp, waarin een groep enthousiaste experts opschreven wat volgens hen, vaak op basis van eigen ervaring, de beste aanpak van het gepresenteerde probleem was. Vaak werd er gediscussieerd en uiteindelijk gestemd over wat een aanbeveling zou moeten worden. Hoewel hier waardevolle adviezen uit voortkwamen, speelde subjectiviteit in deze documenten een grote rol en was het proces van de totstandkoming van de aanbevelingen noch transparant noch gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing. Met de opkomst van het EBP-paradigma in de jaren negentig werden richtlijnen steeds meer op basis van beschikbare onderzoeksresultaten, ofwel 'evidence', opgesteld en ontstonden er systematiek en transparantie. Hierdoor werd de inhoud van de richtlijnen veel objectiever en door de gebruiker beter op kwaliteit te beoordelen.

Een evidence-based richtlijn wordt gedefinieerd als "een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg van patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen."⁹⁾

Hoewel de richtlijnen tegenwoordig wetenschappelijk onderbouwd dienen te zijn, betekent dit overigens niet dat alle in de richtlijn opgenomen aanbevelingen gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijk onderzoek. Immers, over veel vragen en onderwerpen die professionals belichten is geen – of geen bruikbare – evidence beschikbaar. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegkundige onderwerpen. Een richtlijn tracht antwoord te geven op vragen uit de klinische praktijk maar niet al deze vragen kunnen met behulp van wetenschappelijk onderzoek worden beantwoord. Veelal zien we nu dat conclusies en aanbevelingen in evidence-based richtlijnen zo veel mogelijk zijn gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek maar verder op de mening van de experts in de werkgroep.

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

Interventie	
A1	Systematische literatuuronderzoek van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen

Bron: http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/article20060207153532

Opmerking: voor diagnostisch, schade of bijwerkingen, etiologie en prognostisch onderzoek zijn andere maar gelijkende indelingen beschikbaar.

Tabel 2. Toekennen van niveaus van bewijskracht bij conclusies

Conclusie gebaseerd op	
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Bron: http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/article20060207153532

Kenmerken van een evidence-based richtlijn

Hoewel dus niet alle aanbevelingen in een evidence-based richtlijn onderbouwd hoeven te zijn met onderzoeksresultaten, kenmerkt een evidence-based richtlijn zich wel door twee aspecten: ten eerste moet op systematische wijze naar artikelen zijn gezocht in relevante databases, die vervolgens op transparante wijze zijn geselecteerd en op kwaliteit beoordeeld. Ten tweede dient het verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende bewijsmateriaal inzichtelijk te zijn.

Hoewel enkele formats veel worden gebruikt om een richtlijn (op papier) vorm te geven, zien we in de praktijk alle soorten lay-outs die maar denkbaar zijn. Dit varieert van richtlijnen die op een geplastificeerd A5'je passen tot boekwerken van 200 pagina's (bijvoorbeeld *Behandeling van het mammacarcinoom* van het CBO). Belangrijk is echter dat goed is terug te vinden welke aanbevelingen gedaan worden op basis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en welke op basis van de mening van de werkgroep (zie tabellen 1 en 2). Het is tevens wenselijk dat per aanbeveling duidelijk aangegeven is welke bewijskracht deze heeft. Hiervoor wordt in richtlijnen een internationaal geaccepteerde volgorde aangehouden (zie hiervoor de hiërarchische volgorde in bewijskracht van tabel 1).

Deze mate van 'bewijskracht' bepaalt gedeeltelijk hoe noodzakelijk het is voor een professional om adherent te zijn aan de richtlijn. Een richtlijn is geen dwangbuis. Het is voor een professional meer legitiem om zo nodig af te

wijken van aanbevelingen op basis van mening van de werkgroep dan wanneer een aanbeveling met goede evidence is onderbouwd. Richtlijnen dienen in principe altijd gevolgd te worden omdat ze bedoeld zijn kwalitatief goede zorg te verlenen. De aanbevelingen zijn echter meestal gebaseerd op de ‘gemiddelde patiënt’. Afwijken van een richtlijn kan indien er gedegen redenen zijn om van de richtlijn af te wijken. Dat hoeft juridisch geen problemen te geven, mits de reden van afwijken maar goed beargumenteerd en gedocumenteerd wordt. Zo kan in een richtlijn staan dat patiënten na een operatie spoediger herstellen als zij postoperatief snel gaan mobiliseren, maar zult u wellicht iemand met veel postoperatieve pijn wat minder actief stimuleren uit bed te gaan. Een evidence-based richtlijn kan volstaan met aanbevelingen gedaan door de werkgroep, zonder dat daar wetenschappelijke onderbouwing voor is. Hoewel dit dus eigenlijk allemaal ‘expert opinion’ is, mag de richtlijn toch evidence-based genoemd worden, en niet consensus-based. De reden hiervoor is dat bij de ontwikkeling van de richtlijn wel bij elke vraagstelling telkens systematisch gezocht is naar evidence. Indien er geen of geen bruikbare literatuur wordt gevonden, is de mening van de werkgroep in dat geval de ‘best evidence’ en zorgt het eenduidig formuleren van te nemen acties in elk geval voor een eenduidig beleid en dientengevolge tot vermindering van variatie in zorg.

Het nut van richtlijnen

Het aantal gepubliceerde onderzoeksresultaten is, ook op verpleegkundig gebied, de laatste jaren flink toegenomen – parallel hieraan zien we toenemende zorg over de wisselende kwaliteit van die gepubliceerde onderzoeksresultaten. Wegwijs worden in de miljoenen beschikbare publicaties lukt een aantal van ons nog wel na enige opgedane ervaring (en een cursus ‘zoeken!’), maar de gevonden artikelen afzonderlijk beoordelen op kwaliteit kost zelfs ervaren EBP’ers redelijk wat tijd. Voor het kritisch beoordelen van de gevonden artikelen is ook wel wat epidemiologische kennis over onderzoeksmethodologie en statistiek nodig. Daarom luidt het advies om altijd eerst naar geaggregeerde kennis op zoek te gaan, dat wil zeggen kennis in de vorm van een systematisch literatuuroverzicht of een evidence-based richtlijn. Niet alleen bieden richtlijnen een prachtig overzicht van onderzoeksresultaten over een bepaald onderwerp waarmee duidelijk wordt hoe goed onderbouwd de conclusies en aanbevelingen zijn. Eveneens bevatten zij veelal aanbevelingen van de werkgroep die waardevol kunnen zijn in de klinische praktijk. *Zo wordt in de richtlijn ‘Smetten’ geadviseerd om geen zeep te gebruiken bij het wassen van de smetplekken. Over de eventuele nadelige effecten van zeep is geen onderzoek verricht maar de werkgroep redeneert vanuit haar expertise op basis van pathofysiologisch inzicht dat zeep het probleem wellicht eerder zal verergeren dan verhelpen.* Al met al besparen goede richtlijnen de professional een hoop zoek- en leeswerk en

bieden zij handvatten om aan patiënten optimale kwaliteit van zorg te kunnen bieden.

Checklist

Ondanks het onmiskenbare nut van richtlijnen dienen ook deze eerst kritisch tegen het licht gehouden te worden voordat ze toegepast kunnen worden. Net als bij andere vormen van evidence, zoals het scoreformulier ter beoordeling van de kwaliteit van een artikel over een randomised clinical trial¹⁾, kunnen ook richtlijnen langs een kwaliteitsmeetlat gelegd worden. Onder de kwaliteit van een richtlijn verstaan we het vertrouwen dat potentiële bronnen van vertekening bij het ontwikkelen van de richtlijn zo beperkt mogelijk zijn gebleken en dat de aanbevelingen valide zijn en in de praktijk toepasbaar. Om de wetenschappelijke kwaliteit van richtlijnen te beoordelen is het internationaal geaccepteerde en geformuleerde AGREE-instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) ontworpen.¹⁰⁾ De Nederlandse vertaling is (mede) tot stand gekomen dankzij het Centre for Quality of Care Research (WOK) van de Universiteit van Nijmegen en de Universiteit Maastricht en het CBO. Dit instrument is voornamelijk gestoeld op theoretische aannames, opgesteld door een groot aantal experts uit verscheidene landen. Met behulp van 23 items in het AGREE-instrument wordt de kwaliteit van een richtlijn op relevante aspecten beoordeeld. Deze aspecten zijn gegroepeerd in zes domeinen waarbinnen wordt beoordeeld of:

- het onderwerp en de klinische vragen voldoende specifiek zijn beschreven;
- de mate waarin de richtlijn het perspectief van de doelgroep van gebruikers weerspiegelt;
- de methodologische kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs door middel van de systematische literatuurverzameling voldoende wordt geacht;
- de richtlijn helder en ondubbelzinnig is opgesteld;
- de richtlijn praktisch toepasbaar is;
- de opstellers van de richtlijn onafhankelijk waren.

De betrouwbaarheid en validiteit van de richtlijn zijn belangrijke voorwaarden om deze geschikt te achten voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het is dus van groot belang dat alle beoordelaars dezelfde waardering geven over de aspecten die bepalend zijn voor de kwaliteit van de richtlijn. Als waarborg voor die betrouwbaarheid van de beoordeling is het wenselijk dat het AGREE-instrument door minimaal twee beoordelaars, onafhankelijk van elkaar, wordt toegepast. Daar waar beoordelaars verschillende scores hebben toegekend aan een item dient consensus bereikt te worden of dient een derde geraadpleegd te worden.

De 23 items zijn alle geformuleerd in de vorm van een stelling, bijvoorbeeld: ‘Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan’ (= item 5). Elke item wordt afzonderlijk gescoord op een 4-puntsschaal lopend van 1 (‘zeer oneens’) tot 4 (‘zeer eens’). Per domein kun je uit-

eindelijk een somscore (= totaal aantal gescoorde punten) berekenen. De zes domeinscores dienen niet te worden opgeteld tot één kwaliteitscore aangezien niet elk domein even zwaar meetelt in de beoordeling van de totale kwaliteit van de richtlijn. Hoewel de domeinscores nuttig kunnen zijn om richtlijnen onderling met elkaar te vergelijken, bijvoorbeeld in geval u twee richtlijnen hebt gevonden over eenzelfde onderwerp, bestaan er geen zogenoemde 'drempelwaarden' waarmee aangeduid kan worden of er sprake is van een kwalitatief 'goede' of 'slechte' richtlijn. Met andere woorden, het ontbreekt aan een referentiewaarde waardoor onbekend is wat een hoge en wat een (onaanvaardbaar) lage domeinscore is. In plaats van het berekenen van domeinscores is het wellicht informatiever om naar de afzonderlijke scores te kijken (hoe vaak is er een lage score toegekend) en een overall-inschatting te maken van de kwaliteit van de richtlijn. Het AGREE-instrument eindigt met een 'algemeen' oordeel waarin de beoordeelaars dienen aan te geven of zij de richtlijn sterk aanbevelen, aanbevelen onder bepaalde voorwaarden, niet aanbevelen, of onzeker zijn.

1 Onderwerp en doel (item 1-3)

Het eerste domein betreft het doel van de richtlijn, de specifieke klinische vragen waarop de richtlijn een antwoord geeft (soms als PICO geformuleerd) en de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is. *In de richtlijn 'Smetten' staat het doel duidelijk omschreven: "Het doel is het ontstaan van smetten te voorkomen of te herkennen en te genezen." De richtlijn is bedoeld voor verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in alle zorginstellingen van de gezondheidszorg. De werkgroep heeft de richtlijn in verschillende onderdelen opgesplitst (bijvoorbeeld begripsbepaling, behandeling enzovoort) met daarin paragrafen op basis van klinische vraagstellingen zoals: "Bij wie moeten maatregelen ter preventie van smetten worden toegepast?" De populatie wordt gedefinieerd als "volwassenen die een verhoogde kans hebben op smetten en waarbij dit gediagnosticeerd is."*

2 Betrokkenheid van belanghebbenden (item 4-7)

De tweede set vragen richt zich op de mate waarin de richtlijn de opvattingen van de beoogde gebruikers weerspiegelt. Het is raadzaam om bijvoorbeeld een lid van een patiëntenvereniging te betrekken bij de ontwikkeling van een richtlijn. Patiënten kijken immers vaak met andere ogen dan hulpverleners naar wat werkelijk telt in de zorg.

In de richtlijn is een groep van experts samengesteld uit alle relevante geledingen waaronder een (wijk)verpleegkundige, dermatoloog, verpleegkundig specialist, ziekenverzorgende enzovoort. Voorkeuren van de patiënt zijn niet opgenomen maar dat is bij dit onderwerp wellicht ook moeilijk bij gebrek aan een patiëntenvereniging. De werkgroep heeft echter genoteerd dat inzicht in de voorkeuren van de patiënt zijn verkregen door de uitgebalanceerde samenstel-

Tabel 3. Invulformulier AGREE-instrument en de toegekende scores ten aanzien van de richtlijn 'Smetten'

Onderwerp en doel							
1	Het doel van de richtlijn is specifiek omschreven	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
2	De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek omschreven	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
3	De patiënten populatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
Betrokkenheid van belanghebbenden							
4	De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
5	Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
6	De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
7	De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
Methodologie							
8	Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
9	De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijke bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
10	De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
11	Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
12	Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen van het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
13	De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
14	Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
Helderheid en presentatie							
15	De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
16	De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
17	De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
18	De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
Toepassing							
19	De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
20	De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
21	De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
Onafhankelijkheid van de opstellers							
22	De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
23	Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgesteld	Zeer eens	4	3	2	1	Zeer oneens
Algemeen oordeel							
Zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?		Sterk aanbevelen					<input type="checkbox"/>
		Aan te bevelen					<input checked="" type="checkbox"/>
		Niet aan te bevelen					<input type="checkbox"/>
		Onzeker					<input type="checkbox"/>

De richtlijn Smetten, preventie en behandeling

In dit artikel wordt de beoordeling beschreven van een evidence-based richtlijn. Het is te uitgebreid om alle 23 items van het AGREE-instrument één voor één te bespreken, maar de zes domeinen zullen elk kort worden toegelicht. Wel vindt u in tabel 3 alle 23 gescoorde items terug. Een uitgebreide uitleg van elk item kunt u terugvinden in de complete beschrijving en handleiding van het AGREE-instrument die te vinden zijn op de website van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO⁴).

Als voorbeeld van een beoordeling aan de hand van de zes domeinen van het AGREE-instrument wordt de landelijke richtlijn 'Smetten (intertrigo), preventie en behandeling' gebruikt. Deze richtlijn is in 2004 opgesteld door het Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en eind 2005 herzien.^{5,11}

ling van de werkgroep. De richtlijn is 3 maanden uitgetest en gescoord op bruikbaarheid door beroepsgenoten welke eveneens als toekomstige gebruikers zijn gedefinieerd.

3 Methodologie (item 8-14)

Dit domein bevat de meeste items. Dat is logisch omdat de onderliggende methodologie, gelijk aan die van een trial, zeer bepalend is voor de betrouwbaarheid van de aanbevelingen en conclusies in de richtlijn. De methodologie betreft het proces waarin bewijsmateriaal, ofwel de wetenschappelijke onderbouwing, is verzameld en samengesteld. De kracht van de aanbevelingen hangt ook af van de gebruikte methoden. Zo kunnen aanbevelingen gebaseerd zijn op veel en goed uitgevoerd onderzoek. Maar zij kunnen ook, bij gebrek aan dit soort onderbouwing, uitsluitend gebaseerd zijn op de meningen van de experts in de werkgroep.

De werkgroep was opgesplitst in een 'expertgroep' en in een 'onderzoeksprojectgroep'. De laatste heeft zich vooral bezig gehouden met de onderbouwing van de opgenomen aanbevelingen. Er staat helder beschreven in welke databases en op welke trefwoorden is gezocht en dat de kwaliteitsbeoordeling is gedaan door twee onderzoekers met behulp van een bestaande scorelijst. Mogelijk minpuntje is dat er wel naar bestaande Nederlandstalige, maar niet naar buitenlandse richtlijnen is gezocht. Bovendien heeft het literatuuronderzoek zich beperkt tot interventies waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is. De getrokken conclusies zijn ingedeeld naar mate van bewijskracht volgens de CBO-indeling. Het is transparant geformuleerd dat de meeste aanbevelingen, bij gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing, zijn gebaseerd op de mening van de werkgroep (niveau 4). De aanbevelingen zijn echter niet afgezwakt naarmate er minder bewijsmateriaal voorhanden was. Daar waar spaarzaam onderliggende evidence beschikbaar was ter onderbouwing, worden wel referenties vermeld (veelal niveau 2). Aangegeven is dat de 'houdbaarheidsdatum' van deze richtlijn na 5 jaar verstreken is en dat dan bepaald dient te worden of de richtlijn dient te worden herzien.

4 Helderheid en presentatie (item 15-18)

Het vierde domein betreft de helderheid van de richtlijn, vooral het taalgebruik en hoe duidelijk, of juist wollig, de richtlijn opgeschreven is. Eveneens wordt gekeken naar de vorm van de richtlijn: zit er een handige samenvatting bij, een overzichtelijke flowchart met de te nemen acties of een geplastificeerd kaartje dat je mee kunt nemen, is de richtlijn beschikbaar via het internet enzovoort.

Alle conclusies en aanbevelingen staan weergegeven in kadertjes, hetgeen de leesbaarheid verhoogt. Eveneens staan ze genoteerd in korte duidelijke zinnen, bijvoorbeeld:

'Gebruik geen poeders of pasta's wegens kans op klontering of granuloomvorming.' De richtlijn begint met een overzichtelijke samenvatting van alle aanbevelingen en bijbehorend niveau van bewijs, in een bijlage is een begrijpelijke beslisboom opgenomen. Toegevoegd aan het document is een geplastificeerde samenvattingkaart voor gebruik in de dagelijkse praktijk.

5 Toepassing (item 19-21)

Hier wordt gekeken of er mogelijke organisatorische, gedragsmatige of financiële consequenties verbonden zijn aan het gebruik van de richtlijn. Bijvoorbeeld: worden er dure diagnostische of laboratoriumbepalingen als eerste keuze aanbevolen, moeten professionals hun gebruikelijke, vaak ingesleten, gedrag (rigoureuus) wijzigen (bijvoorbeeld baby's niet meer in anti-Trendelenburg leggen als maatregel tegen braken) of kunnen de gebruikers geld besparen door toepassing van de richtlijn (bijvoorbeeld niet routinematig wekelijks de katherzak wisselen bij een verblijfskatheter maar alleen indien wenselijk)?

Op dit domein wordt ingegaan in de paragraaf 'implementeerbaarheid' waarin de werkgroep stelt dat onder andere organisatorische belemmeringen en kostenimplicaties aan de orde zijn gekomen tijdens de expertbijeenkomsten. Verder is het merendeel van de aanbevolen acties conform reeds bestaande handelingen in de zorg en vereisen deze geen specifieke aanpassingen. Dat is ook gebleken tijdens het testen van de richtlijn. Slechts het advies om een expert te raadplegen wanneer er sprake is van smetplekken in fase 4, en het afnemen van een bacteriële kweek wanneer de plekken na twee weken geen verbetering vertonen, zijn wellicht niet overal zonder meer toepasbaar. In de richtlijn staan geen criteria vermeld aan de hand waarvan de compliance aan de richtlijn kan worden gemeten, bijvoorbeeld in de vorm van een te behalen streefpercentage of een indicator.

6 Onafhankelijkheid van de opstellers (item 22-23)

Het laatste domein betreft de onafhankelijkheid van de aanbevelingen en erkenning van mogelijke conflicterende belangen van leden van de werkgroep. Net als bij

regulier onderzoek kan het zo zijn dat een of meer leden van de werkgroep een relatie heeft met bijvoorbeeld de farmaceutische industrie. Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat onderzoeken gesponsord door de farmacie, vaker een positieve bevinding laten zien voor het gesponsorde middel in vergelijking met niet-gesponsorde onderzoeken. Dus ook op het gebied van richtlijnen is het belangrijk om die mogelijke vertekening op te sporen.

Dit domein is hier niet zo relevant daar er nauwelijks farmacologische of andere middelen worden aanbevolen. De richtlijn is echter opgesteld door onafhankelijke instanties. Er is niet expliciet vermeld of de leden van de werkgroep conflicterende belangen hadden maar dat lijkt hier niet aannemelijk.

Algemeen oordeel

Op basis van de 23 toegekende scores lijkt de richtlijn 'Smetten' een kwalitatief goede en in de praktijk toepasbare richtlijn. Helaas is er weinig evidence gevonden voor de onderbouwing van de aanbevelingen, die daardoor vrijwel uitsluitend gebaseerd zijn op de mening van de experts. Slechts enkele items scoren laag, waarbij u zich als beoordelaar dient af te vragen of dat in dit geval daadwerkelijk een vertekening zou kunnen geven van de conclusies en aanbevelingen. In dit geval lijkt het erop dat daar niet duidelijk sprake van is.

Conclusie en aanbevelingen

Verpleegkundige evidence-based richtlijnen zijn waardevolle richtsnoeren die professionals veel zoekwerk en tijd kunnen besparen. Desalniettemin dienen ook richtlijnen kritisch tegen het licht te worden gehouden en beoordeeld op hun kwaliteit. Dat is vooral raadzaam indien het richtlijnen betreft die opgesteld zijn in het buitenland of waaraan je niet gemakkelijk kunt zien van welke instantie(s) deze afkomstig zijn. Het aangewezen instrument voor kwaliteitsbeoordeling van richtlijnen is het AGREE-instrument. Hiermee kan (de kwaliteit van) een richtlijn kritisch worden beoordeeld en vergeleken met bestaande klinische richtlijnen, maar is het ook geschikt om goede richtlijnen te selecteren voor lokaal gebruik (waarbij de richtlijn veelal omgezet wordt in een lokaal bruikbaar evidence-based protocol). Daarnaast is het AGREE-instrument een zeer goed hulpmiddel wanneer deze als checklist gebruikt wordt bij het (zelf) ontwikkelen van richtlijnen. Als u alle items doorloopt, weet u in elk geval dat u zich aan de vereiste kwaliteitscriteria hebt gehouden voor het opstellen van een degelijke en bruikbare richtlijn. Dit zal de kans op daadwerkelijk gebruik door collega's in de praktijk hoge mate vergroten. Een absolute aanrader dus, want door toepassing van goede, evidence-based richtlijnen verhogen we de kwaliteit van zorg aan onze patiënten. «



Literatuur

- 1) Ubbink D, Vermeulen H, Scholten R. Toolbox deel 1: gerandomiseerd klinisch onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice 2007; 6:8-12.
- 2) Vermeulen H, Ubbink DT, Hooft L. Toolbox deel 2: systematisch literatuur onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice 2008; 1:4-8.
- 3) Richtlijn delirium. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) ISBN 90 8506 021 4 2004.
- 4) Simonsen L, Taylor RJ, Viboud C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. Lancet Infectious Diseases 2007; 7(10):658-666.
- 5) Smetten (intertrigo), preventie en behandeling. Landelijke richtlijn verpleging en verzorging. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEV), Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg en Nederlandse Vereniging van Dermatologie Verpleegkundigen en Verzorgenden (NVDVV) 2004.
- 6) Nijs KA, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. BMJ 2006; 20; 332(7551):1180-1184.
- 7) Het begeleiden van mensen met dementie die agressief zijn Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) ISBN 90-6905-671-0 2004.
- 8) Het begeleiden van mensen met dementie die apatisch zijn. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) ISBN 90-6905-673-9 2006.
- 9) van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, van Barneveld TA, van der Klundert JLM. Evidence based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten, 2004.
- 10) <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/agree2.pdf>.
- 11) <http://nieuws.elseviergezondheidszorg.nl/8936-richtlijn-smetten-verbeterd.html>.