

Identificeren en prioriteren van ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen in NHG-richtlijnen

Simone van Dulmen, Tjerk Wiersma, Eva Verkerk, Jako Burgers, Tijn Kool

Er zijn allerlei goede redenen om niet-gepaste zorg zo veel mogelijk terug te dringen. Dat kunnen we onder andere doen door beter-niet-doen-aanbevelingen in richtlijnen systematisch op te volgen. We formuleerden een top 30 van aanbevelingen uit NHG-richtlijnen die huisartsen aanraden om iets niet te doen of er terughoudend mee te zijn. Deze lijst kan huisartsen en patiënten bewustmaken van niet-gepaste zorg.

Niet-gepaste zorg levert de patiënt weinig of geen voordeel op, verspilt middelen en kan schade bij de patiënt veroorzaken.¹ Het terugdringen van niet-gepaste zorg kan de kwaliteit van de zorg verbeteren en zorgkosten verlagen.² Verschillende initiatieven moeten niet-gepaste zorg verminderen, zoals de internationale campagne *Choosing wisely*.³ Een van de onderdelen van deze campagne is het opstellen van lijsten met ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen. Zulke aanbevelingen adviseren zorgprofessionals af te zien van vormen van diagnostiek en behandelingen die aantoonbaar geen meerwaarde hebben. Deze lijsten zijn voornamelijk gericht op ziekenhuiszorg en zelden op eerstelijnszorg.⁴⁻⁶

In Nederland hebben medisch specialisten en verpleegkundigen lijsten gemaakt met respectievelijk 1366 en 66 niet-gepaste zorghandelingen.^{7,8} Deze lijsten kunnen het bewustzijn bij zorgprofessionals vergroten als eerste stap in de zogenoemde deïmplementatie.⁹ Voor huisartsen ontbreekt een soortgelijke lijst nog. Daarom selecteerden wij ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen met een hoge prioriteit voor deïmplementatie. Dat deden we op basis van de inschatting van huisartsen over prevalentie, potentiële schade voor patiënten en te behalen kostenreductie.

METHODE

We gebruikten de beschikbare huisartsrichtlijnen om aanbevelingen te identificeren die huisartsen adviseren welke specifieke handelingen ze moeten vermijden. In september 2018 waren 134 richtlijnen opgenomen in de database van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). We excludeerden 15 richtlijnen die voor 2008 waren gepubliceerd en 27 richtlijnen die werden herzien of gepland stonden voor herziening in 2018 of 2019. In totaal screenen we 92 richtlijnen op ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen: aanbevelingen die de huisarts adviseren om bepaalde diagnostische of therapeutische interventies niet aan te bieden. Zo stelt de NHG-Standaard Acute rhinosinusitis bijvoorbeeld: ‘Orale corticosteroiden bevelen we niet aan. Aangetoond is dat monotherapie met deze middelen bij een acute rhinosinusitis geen effect heeft.’ Dit vertaalden we als: ‘Schrijf niet standaard ontstekingsremmers voor bij mensen met een acute rhinosinusitis.’

Vervolgens verminderden we het aantal aanbevelingen door de aanbevelingen met een lage prevalentie te excludeerden. De resulterende beter-niet-doen-aanbevelingen verdeelden we over 5 online vragenlijsten. Elke vragenlijst verstuurd we naar een willekeurige steekproef van 1000 huisartsen die zijn aangesloten bij de NHG (dus 5000 in totaal). We vroegen hen de aanbevelingen te beoordelen op 4 criteria; 1) prevalentie van de aandoening 2) prevalentie van de niet-gepaste handeling; 3) mogelijke schade voor de patiënt en 4) potentiële kostenreductie. We wilden een behapbaar aantal aanbevelingen prioriteren en daarom selecteerden we aanbevelingen met een score boven de mediane score.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Van Dulmen SA, Tran NH, Wiersma TJ, Verkerk EW, Messaoudi JCL, Burgers JS, Kool RB. Identifying and prioritizing do-not-do recommendations in Dutch primary care. *BMC Primary Care* 2022;23:141. Publicatie gebeurt met toestemming.

SCHILDKLIER

- ▶ Laat niet routinematig de schildklierfunctie bepalen bij patiënten met een depressie of angststoornis.

ELLEBOOG

- ▶ Verwijs mensen met een tenniselleboog niet door naar een fysiotherapeut of (orthopedisch) chirurg.

LAGE RUG/BIL/BEEN

- ▶ Vraag geen beeldvormende diagnostiek aan bij patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).
- ▶ Schrijf geen benzodiazepinen voor bij patiënten met een LRS.
- ▶ Verwijs patiënten met een LRS niet routinematig naar de fysiotherapeut.
- ▶ Schrijf geen benzodiazepinen voor bij patiënten met specifieke lagerugpijn.
- ▶ Vraag geen beeldvormende diagnostiek aan bij patiënten met specifieke lagerugpijn.

RECTUM/DARM

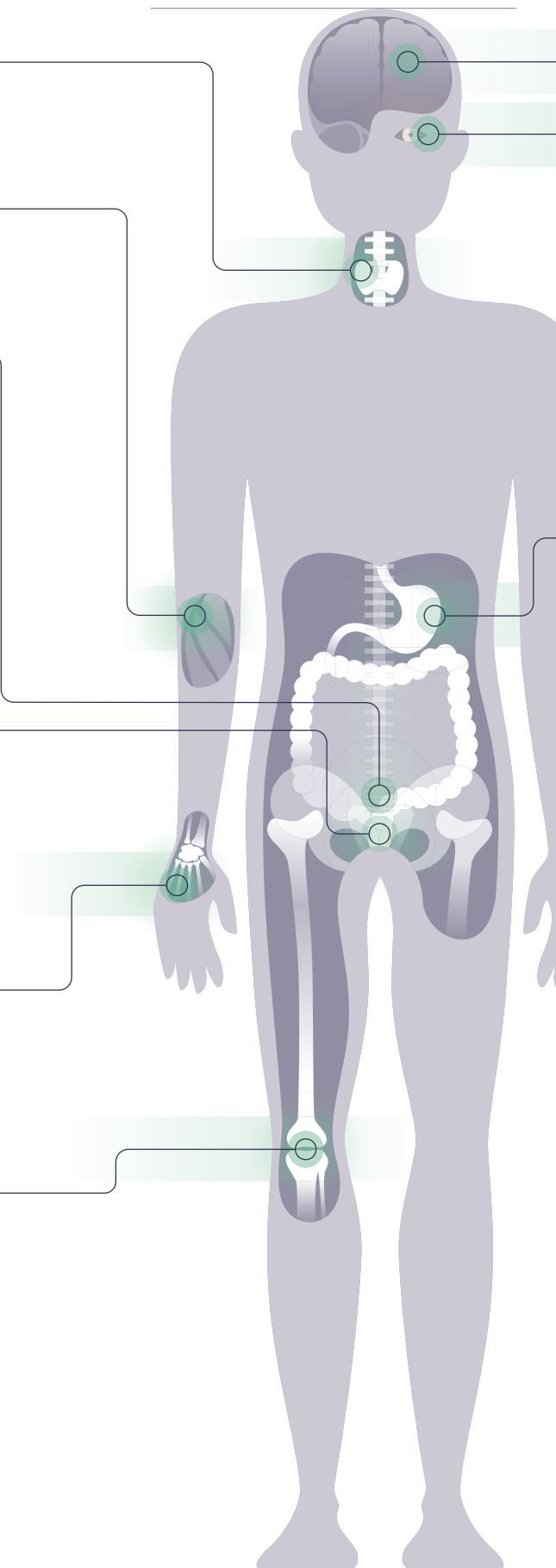
- ▶ Vraag niet standaard een onderzoek van de ontlasting aan bij acute diarree.
- ▶ Vraag geen herhaalde coloscopie binnen 10 jaar aan als rectaal bloedverlies optreedt na een positieve iFOBT en de coloscopie geen afwijkingen laat zien bij het bevolkingsonderzoek darmkanker.

HAND EN POLS

- ▶ Vraag geen röntgenonderzoek aan voor de stadiëring van slijtage van de hand of pols.
- ▶ Behandel wratten niet langer dan 3 maanden, omdat het genezingspercentage daarna niet meer toe lijkt te nemen.

KNIE

- ▶ Vraag geen beeldvormend onderzoek aan (zoals een röntgenfoto of MRI-scan) voor het vaststellen of uitsluiten van knieartrose.
- ▶ Verricht geen behandelingen zoals tappen, steunzolen en shockwave bij patiënten met knieklachten door het patellofemorale pijnsyndroom.
- ▶ Verwijs niet naar een orthopeed of sportarts bij bursitis prepatellaris, het patellofemorale pijnsyndroom, een jumper's knee of de ziekte van Osgood-Schlatter.
- ▶ Geef geen intra-articulaire injecties met hyaluronzuur bij patiënten met knieartrose.



HOOFD

- ▶ Schrijf niet standaard corticosteroiden voor bij mensen met een acute voorhoofdsholteontsteking.
- ▶ Schrijf geen antipsychotica voor, zoals quetiapine, of sederende antihistaminica bij slapeloosheid.

OOG

- ▶ Schrijf geen lokaal antibioticum voor bij een infectieuze conjunctivitis door een banale verwekker, tenzij de patiënt tot een risicogroep (reeds bekende oogaandoeningen of immuungecompromitteerde patiënten) behoort of soms als de conjunctivitis > 2 weken duurt.
- ▶ Schrijf niet routinematig een lokaal antibioticum voor bij een bacteriële of virale infectie.
- ▶ Schrijf geen lokaal antibioticum voor bij traumatische oogaandoeningen door niet-ernstige etsing.

MAAG

- ▶ Vraag geen gastroscopie aan bij patiënten met een negatieve *H. pylori*-status of -test bij persisterende of recidiverende klachten en een zeer laag risico op een maligniteit.
- ▶ Voorkom chronisch gebruik van zuurremmende medicatie zonder goede indicatie.

KIND

OOR

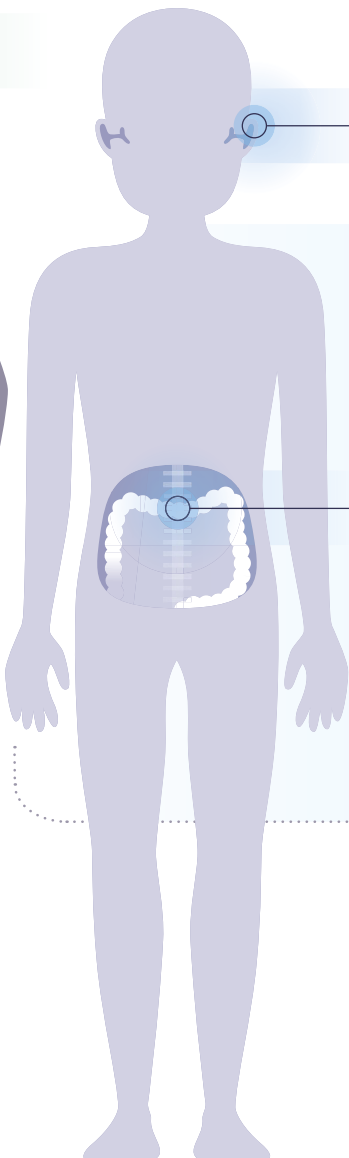
- ▶ Schrijf geen decongestieve neusdruppels of neusspray voor ter behandeling van een acute middenoorontsteking.
- ▶ Schrijf geen antibiotica voor bij een acute middenoorontsteking zonder forse algemene ziekteverschijnselen of als er geen risico's op complicaties zijn.
- ▶ Schrijf geen medicatie voor bij een middenoorontsteking met vochtophoping.

BUIK

- ▶ Verwijs bij chronische functionele buikpijn niet door naar een kinderarts.
- ▶ Vraag geen laboratoriumdiagnostiek aan naar coeliakie, *H. pylori* en voedselallergie en testen op lactose-intolerantie bij buikpijn zonder aanwijzingen voor een somatische oorzaak.

OVERIG

- ▶ Voer niet standaard laboratoriumonderzoek uit bij een vermoeden van een ontsteking in het gewricht.
- ▶ Verwijs patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK, voorheen: SOLK) niet naar een monodisciplinair werkzame pijnspecialist.
- ▶ Schrijf opioïden zo kort mogelijk voor en herhaal alleen via een consult.



WAT IS BEKEND?

- Er is in toenemende mate aandacht voor het terugdringen van niet-gepaste zorg.
- Richtlijnen bevelen vormen van zorg aan en raden zorg ook expliciet af.

WAT IS NIEUW?

- Een selectie van 30 niet-doen-aanbevelingen laat zien bij welke vormen van zorg huisartsen het belangrijk vinden om terughoudend te zijn.
- De lijst kan huisartsen en patiënten bewustmaken van niet-gepaste zorg.
- De lijst is te gebruiken om het volume van niet-gepaste zorg in kaart te brengen en de druk op de zorg te verminderen.

RESULTATEN

In totaal vonden we 385 ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen. Hier van excludeerden we er 239. De resulterende 146 aanbevelingen verstuurdde we in 5 vragenlijsten naar de huisartsen. Vierhonderdveertig huisartsen vulden de vragenlijst in (een respons van 8,8%). Dertig aanbevelingen uit 18 richtlijnen kregen de hoogste prioriteit [**infographic**]. De meeste aanbevelingen kwamen uit de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (n = 5), gevolgd door de standaard Niet-traumatische knieklachten (n = 4), de standaard Rood oog en oogtrauma (n = 3) en de standaard Acute otitis media bij kinderen (n = 3). Van de 30 aanbevelingen betrof 33% diagnostiek (n = 10) en 67% behandelinterventies (n = 20), waaronder medicamenteuze behandelingen (n = 12), verwijzing naar andere professionals in de gezondheidszorg (n = 5) en niet-medicamenteuze behandelingen (n = 3). Hoog scorende aanbevelingen wat betreft prevalentie waren het herhaald voorschrijven van opiaten (60% van de huisartsen schreef ze vaak voor) en antibiotica voor infectieuze conjunctivitis (51% van de huisartsen). Tien aanbevelingen hadden de hoogste mediane score van 5 op het potentieel voor kostenreductie, met de aanbeveling voor beeldvorming van aspecifieke lagerugpijn als hoogst scorende (89% van de huisartsen gaf aan het eens te zijn met het potentieel voor kostenreductie).

BESCHOUWING

De NHG-Standaarden en -Behandelrichtlijnen bevatten veel ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen. De lijst van 30 ‘beter-niet-doen’-aanbevelingen met hoge prioriteit laat zien bij welke vormen van zorg huisartsen vinden dat ze terughoudendheid moeten zijn. De lijst laat huisartsen en patiënten zien welke zorg niet-gepast is en maakt duidelijk waar huisartsen de informatievoorziening over passende zorg op kunnen richten, bijvoorbeeld via Thuisarts.nl.

Het is belangrijk om het daadwerkelijke volume van de niet-gepaste zorg op deze lijst in kaart te brengen, naast de (contextuele) factoren die samenhangen met het leveren van

de niet-gepaste zorg. We willen immers kunnen bepalen welke niet-gepaste zorg we als eerste moeten verminderen om meer ruimte vrij te maken voor zorg die wel toegevoegde waarde heeft. Daarnaast dienen we te onderzoeken welke effecten het verminderen van niet-gepaste zorg heeft op de kwaliteit van leven van patiënten en de tevredenheid bij zorgmedewerkers. Hierbij moeten we rekening houden met de context van de patiënten. Bij het toepassen van aanbevelingen uit richtlijnen kunnen specifieke contextuele factoren van patiënten ook een rol spelen in overwegingen om van aanbevelingen af te wijken. Van sommige aanbevelingen op de lijst is onlangs de prevalentie onderzocht.^{10,11} Onderzoek op basis van declaratiedata suggereert dat de overgrote meerderheid van de patiënten maagzuurremmers zonder indicatie chronisch kreeg voorgeschreven. Bijna de helft van de patiënten kreeg een lokaal antibioticum voor een infectieuze conjunctivitis en slechts 3% van de patiënten met lagerugpijn kreeg een recept met benzodiazepines.¹⁰

Volgens huisartsen zijn er verschillende redenen om niet-gepaste zorg te leveren. Vaak noemen ze een gebrek aan tijd, verwachtingen van patiënten en de wens om de goede relatie met de patiënt te behouden.¹² De oplossing ligt volgens huisartsen in het beter informeren van patiënten, waarvoor ze meer tijd zouden moeten hebben, en het optimaliseren van de (communicatie)vaardigheden van huisartsen en hun teamleden om patiënten gerust te stellen.^{12,13} Ook praktijkondersteuners en praktijkassistenten kunnen een goede bijdrage leveren aan de implementatie, bijvoorbeeld omdat zij vaak zorgen voor de herhaalmedicatie.

Het programma ‘Doen of laten?’ besteedt veel aandacht aan het informeren van patiënten. Zo is er een campagne gericht op het verbeteren van de zorg voor patiënten met maagklachten, die bestaat uit een interactieve keuzehulp voor patiënten, (digitale) flyers en wachtkamerposters om de keuzehulp onder de aandacht te brengen. De interactieve keuzehulp biedt patiënten meer informatie over de oorzaken van maagklachten en laat ze zien wat ze zelf aan hun maagklachten kunnen doen. De keuzehulp moet patiënten ook geruststellen door hen duidelijk te maken hoe de maag werkt en waar hun klachten vandaan komen. Daarnaast is er een e-learning voor huisartsen en materiaal beschikbaar voor het farmacotherapeutisch overleg (FTO) van huisartsen en apothekers. Uiteindelijk kunnen dergelijke maatregelen leiden tot een afname van de zorg door huisartsen, meer zelfredzaamheid bij de patiënt, minder risico's of bijwerkingen door zorg en lagere zorgkosten. Vergelijkbare strategieën gericht op zowel het huisartsteam als patiënten kunnen worden toegepast bij het deïmplementeren van andere niet-gepaste zorghandelingen.

De resultaten van ons onderzoek moeten we met enige terughoudendheid beoordelen. De responsrate van de vragenlijst was immers 8,8%, wat kan hebben geleid tot een vertekening van de resultaten door een non-responsbias. Mogelijk hebben huisartsen die beperkte kennis van de richtlijnen hebben of weinig binding hebben met het thema onnodige zorg de vragenlijst minder vaak ingevuld. Aan de andere kant is het absolute aantal

respondenten acceptabel en vergelijkbaar met dat in ander onderzoek onder huisartsen. Bovendien waren de respondenten representatief wat betreft leeftijd en spreiding over Nederland.

CONCLUSIE

Richtlijnen voor huisartsen bevatten veel aanbevelingen die terughoudendheid adviseren. De 30 aanbevelingen op onze lijst zijn door huisartsen aangewezen als meest relevant voor vervolgvactiteiten die de zorg in de huisartsenpraktijk moeten optimaliseren. Deze activiteiten betreffen onder andere het in kaart brengen van het volume van niet-gepaste zorg, het inventariseren van de factoren die het leveren van onnodige zorg beïnvloeden en concrete strategieën voor het verminderen hiervan. Zo kunnen huisartsen patiënten beter informeren over gepaste en onnodige handelingen, en daarvoor in de spreekkamer meer tijd vrijmaken. Ook kunnen zorgprofessionals hun communicatievaardigheden verbeteren, zodat ze patiënten gerust kunnen stellen wanneer deze geen of minder zorg krijgen dan ze verwachtten. ■

LITERATUUR

1. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-68.
2. Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions aimed at reducing use of low-value health services: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2017;74:507-50.
3. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-74.
4. Selby K, Gaspoz JM, Rodondi N, Neuner-Jehle S, Perrier A, Zeller A, et al. Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care. *JAMA Intern Med* 2015;175:640-2.
5. Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? *Swiss Med Wkly* 2015;145:w14125.
6. Choosing Wisely Canada. Family medicine. Thirteen tests and treatment to question. 2022. Beschikbaar via: <https://choosingwiselycanada.org/family-medicine/>. Geraadpleegd op 2 juli 2022.
7. Wammes JJ, Van den Akker-van Marle ME, Verkerk EW, Van Dulmen SA, Westert GP, Van Asselt AD, et al. Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list. *BMC Med* 2016;14:196.
8. Verkerk EW, Huisman-de Waal G, Vermeulen H, Westert GP, Kool RB, Van Dulmen SA. Low-value care in nursing: a systematic assessment of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Stud* 2018;87:34-9.
9. Soril LJJ, Seixas BV, Mitton C, Bryan S, Clement FM. Moving low value care lists into action: prioritizing candidate health technologies for reassessment using administrative data. *BMC Health Serv Res* 2018;18:640.
10. Kool RB, Verkerk EW, Meijs J, Van Gorp N, Maessen M, Westert G, et al. Assessing volume and variation of low-value care practices in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2020;30:236-40.
11. Müskens JLJM, Van Dulmen SA, Wiersma T, Burgers JS, Hek K, Westert GP, et al. Low-value pharmaceutical care among Dutch GPs: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2022;72:e369-77.
12. Kool RB, Verkerk EW, Winnemuller LJ, Wiersma T, Westert GP, Burgers JS, et al. Identifying and de-implementing low-value care in primary care: the GP's perspective – a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2020;10:e037019.
13. Mukerji G, Weinerman A, Schwartz S, Atkinson A, Stroud L, Wong BM. Communicating wisely: teaching residents to communicate effectively with patients and caregivers about unnecessary tests. *BMC Med Educ* 2017;17:248.

Van Dulmen SA, Wiersma TJ, Verkerk EW, Burgers JS, Kool RB. Identificeren en prioriteren van 'beter-niet-doen'-aanbevelingen in NHG-richtlijnen. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2186-y. Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Science, IQ healthcare, Nijmegen: dr. S.A. van Dulmen, senior onderzoeker, simone.vandulmen@radboudumc.nl; dr. E.W. Verkerk, postdoc onderzoeker; dr. R.B. Kool, senior onderzoeker. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. T.J. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker; prof. dr. J.S. Burgers, huisarts, hoogleraar Bevorderen van persoonsgerichte zorg in richtlijnen.