



## Samen richtlijnen maken?

Patiënten zouden meer invloed moeten krijgen op de ontwikkeling van richtlijnen, zo vinden veel beleidsmakers. Van Wersché & Eccles<sup>1</sup> onderzochten twee methoden om patiënten bij het maken van richtlijnen te betrekken: óf een individuele patiënt óf een patiëntenvertegenwoordiger in een richtlijnontwikkelingsgroep opnemen.

Deze methoden zijn de afgelopen zes jaar toegepast bij de ontwikkeling van tien Engelse richtlijnen voor de *primary care*. Patiënten werden geïnterviewd, het groepsproces werd geobserveerd en geluidsopnames van de bijeenkomsten werden geanalyseerd. De participatie van de individuele patiënt werd beperkt door onduidelijkheid over de technische elementen van de richtlijnontwikkeling en onbekendheid met medische terminologie. De patiëntenvertegenwoordiger had deze beperkingen niet, maar had er weer moeite mee om op de hoogte te zijn wat er bij patiënten speelt.

Of deze methoden uiteindelijk leiden tot verbetering van kwaliteit van zorg of kosteneffectief zijn, blijft onduidelijk. Eerst moet duidelijk worden welke zaken een actieve participatie in de weg staan. Voor de Nederlandse huisarts is het van belang dat er naar manieren wordt gezocht die de spanning verminderen tussen de uitkomsten van de standaarden en de patiëntspecifieke omstandigheden. Patiëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling is een van die manieren. Het NHG is bezig met een project om patiënten bij de ontwikkeling te betrekken. (EL)

1 Van Wersché A, Eccles M. *Involvement of consumers in the development of evidence based clinical guidelines: practical experiences from the North of England evidence based guideline development programme. Quality in Health Care* 2001;10:10-6.

## Richtlijnen voor RCT's en systematische reviews

Randomized controlled trials en systematische literatuuroverzichten gelden als het beste bewijs voor de effectiviteit van een therapie.<sup>1</sup> Veel RCT's worden niet helder opgeschreven. Voor de lezer en gebruiker van onderzoek is dan niet duidelijk wat er precies gebeurd is en dat maakt het trekken van conclusies over de werkzaamheid van een behandeling moeilijk. Sinds enige tijd bestaan er internationale aanbevelingen over het rapporteren van RCT's en systematisch literatuuronderzoek. Dit voorjaar werden de CONSORT-richtlijnen (Consolidated Standards of Reporting Trials) herzien.<sup>2</sup> Veel tijdschriften hanteren deze richtlijnen al bij verslagen van RCT's.

Voor lezers is een standaardmanier van rapporteren van onderzoek prettig. Zo worden in de richtlijnen op een vaste manier beschreven hoeveel patiënten ingesloten zijn, wie er waarom uitvielen, hoeveel er gerandomiseerd werden en hoeveel de uiteindelijke eindstreep haalden. Voortaan zal ook H&W auteurs vragen zich bij het rapporteren over RCT's voortaan aan deze CONSORT-richtlijnen te houden.<sup>3</sup>

Een vergelijkbare set richtlijnen is er voor meta-analyses van RCT's (Quorum)<sup>4</sup> en voor meta-analyses van observationeel onderzoek (MOOSE).<sup>5</sup> Ook die richtlijnen zullen we vanaf nu hanteren. (JZ)

1. Harbour R, Miller J. *A new system for grading recommendations in evidence based guidelines.* *BMJ* 2001;323:334-6.

2. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, et al. *The revised CONSORT statement for reporting randomised trials: explanation and elaboration.* *Ann Intern Med* 2001;134:663-94.

3. CONSORT: [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)

4. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. *Improving the quality or reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement.* *Lancet* 1999;354:1896-1900.

5. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. *Meta-analysis of observational studies in epidemiology. A proposal for reporting.* *JAMA* 2000;283:2008-12.

## Veelkomers

Huisartsen hebben vaak het idee dat vaak naar de dokter gaan een hardnekkige eigenschap van mensen is. Dat valt gelukkig mee. Engelse huisartsen onderzochten in hun praktijk retrospectief hoe het patiënten verging die in 1975 twaalf of meer keer geweest waren.<sup>1</sup> Binnen vijf jaar hadden de meeste patiënten weer een normaal aantal consulten (4-5). De noodzaak om veel te komen is een eigenschap van ziekten en niet van mensen, zo stellen de onderzoekers.

Maar niet altijd blijkt vaak komen een onschuldige rimpeling in het bestaan. Het komt vaker voor bij patiënten die zich uiteindelijk met het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) presenteren. Het mediane aantal consulten in de vijftien jaar voor de diagnose CVS was bij CVS-patiënten significant hoger dan bij gematchte controles.<sup>2</sup> Vermoeide mensen komen tevoren vooral vaker met bovenste-luchtweginfecties, lusteloosheid en duizeligheid. Veel komen is bij hen wel degelijk een kenmerk van een falende coping en 'verkeerde' attributies. (JZ)

1 Carney TA, Guy S, Jeffrey G. *Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-year follow-up study.* *Br J Gen Practice* 2001;51:567-9.

2 Hamilton WT, Hall GH, Round AP. *Frequency of attendance in general practice and symptoms before development of chronic fatigue syndrome: a case-control study.* *Br J Gen Practice* 2001;51:553-8.