

## Richtlijnen toekomstbestendig?

**De productie van richtlijnen is de laatste 25 jaar exponentieel toegenomen. De toepassing ervan loopt vaak beduidend achter. Dat roept de vraag op of het nog wel de moeite loont om energie te steken in het formuleren van nieuwe en het herschrijven van bestaande richtlijnen. De oplossing blijkt te liggen in *shared decision making*.**

Upshur, onderzoeker in Toronto, betwijfelt of richtlijnen nog nuttig zijn. Dokters hebben geen tijd om ze allemaal te lezen. Bovendien kost daadwerkelijke verandering van de bestaande praktijk tijd en energie en dat komt er maar mondjesmaat van. Daarnaast worden richtlijnen gemaakt door mensen met belangstelling voor

een specifieke ziekte en zijn ze bedoeld voor patiënten met diezelfde ziekte. Hoewel veel patiënten ook andere ziektes hebben, wordt multimorbiditeit meestal buiten beschouwing gelaten. Het is tijd om te onderkennen dat multimorbiditeit de waarde van ziektespecifieke richtlijnen belangrijk doet afnemen. Dit probleem is alleen op te lossen door aansluiting te zoeken bij de behandeldoelen van patiënten, onder meer door keuzehulpen in richtlijnen op te nemen.

De Amerikaanse arts Sox stelt daarentegen dat richtlijnen ook in de toekomst volop bestaansrecht hebben. Wel is het van belang te waken voor belangenverstrengeling. Voorts dient een richtlijn transparant te zijn in de afweging van voor- en nadelen van een behandeling. Dit kan vooral problematisch zijn als kosten en baten niet

onder één noemer vallen. Ook hier kan *shared decision making*, eventueel ondersteund met een keuzehulp, uitkomst bieden. Zo voorkom je dat de richtlijn een keuze 'voorschrijft' die niet van toepassing is op de individuele patiënt. Keuzehulpen kunnen de richtlijnen volgens Sox niet vervangen, want sommige behandelingen zijn voor eenieder waardevol, ongeacht preferenties.

Al met al zijn de scepticus en gelovige het met elkaar eens, behalve over de vraag of het glas halfvol of halfleeg is. Voorlopig blijft het NHG gewoon richtlijnen maken, maar wel met meer aandacht voor overleg met de patiënt. ■

**Tjerk Wiersma**

Sox HC. Do clinical guidelines still make sense? Yes. *Ann Fam Med* 2014;12:200-1.

Upshur REG. Do clinical guidelines still make sense? No. *Ann Fam Med* 2014;12:202-3.

## Is een CVA te voorkomen?

**De afgelopen vijftig jaar is veel gedaan aan preventie van CVA's. Maar in hoeverre is een beroerte te voorkomen? Uit Nederlands onderzoek blijkt dat dit maar ten dele het geval is. Maximaal 50% van de CVA's is te voorkomen door leefstijl en behandeling van risicofactoren. De andere helft is niet beïnvloedbaar.**

In de jaren zestig bleek dat behandeling van hypertensie de kans op een CVA sterk verlaagt. Daarna hebben velen gezocht naar andere beïnvloedbare risicofactoren, zoals roken, voeding, en diabetes. Maar in hoeverre is het risico op een CVA echt te verlagen? Rotterdamse onderzoekers volgden 6844 55-plussers (gemiddelde leeftijd 69 jaar, 60% vrouw) die bij aanvang geen CVA hadden. Tijdens de gemiddelde follow-

upduur van 13 jaar traden 1020 CVA's op, waarvan 103 bloedig. Ze berekenden de *Population Attributable Risks* (PAR) van individuele en gecombineerde oorzaken voor CVA. Deze komen neer op het percentage van alle CVA's dat door een bepaalde risicofactor is veroorzaakt, en dus het percentage dat theoretisch voorkomen zou worden als de oorzaak geheel geëlimineerd werd.

De onderzoekers gebruikten statistische technieken om overlap tussen de verschillende oorzaken te voorkomen. Hypertensie, roken, diabetes, atriumfibrilleren, coronairlijden en overgewicht veroorzaakten samen 51% van de CVA's, waarbij roken en hypertensie verreweg de meeste invloed hadden. Risicofactoren zijn natuurlijk nooit helemaal te elimineren, maar deze analyse bevestigt dat hypertensie en roken het aanpakken waard zijn om CVA te voorkomen. Tegelijkertijd sluit zij aan bij de bekende waarneming dat veel

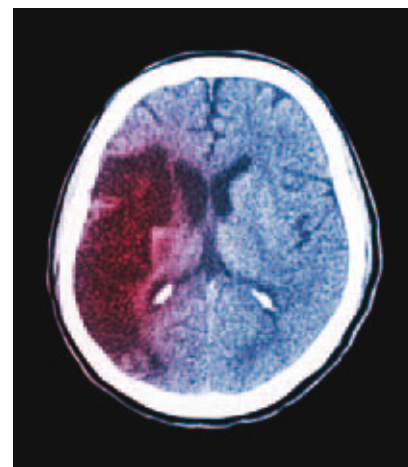


Foto: Puwadol Jaturawutthichai/Shutterstock

CVA's optreden bij mensen die gezond leven. ■

**Lidewij Broekhuizen**

Bos MJ, et al. Modifiable etiological factors and the burden of stroke from the Rotterdam Study: A population-based cohort study. *PLoS Med* 2014;11:e1001634.