

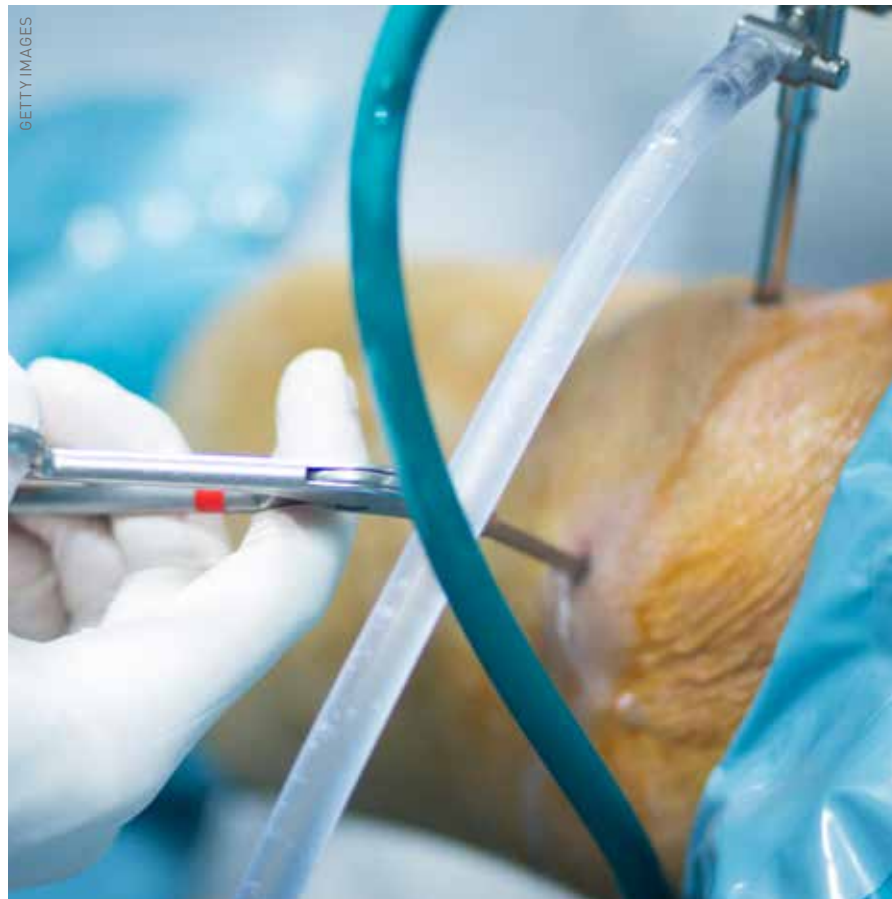
Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl

@medischcontact

# Niet-doen-lijst nuttig maar 'geen nieuwe kennis'

Niets doen is soms de beste optie voor een patiënt. Met een inventarisatie van 1366 te ontmoedigen medische verrichtingen in de hand, spoort de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) artsen aan vaker iets te durven laten.



Verrassing: de beter-niet-doen-lijst met 1366 medische verrichtingen – die de NFU eind november lanceerde – is helemaal geen lijst. Althans, geen nieuwe lijst met nieuwe inzichten over welke handelingen of behandelingen artsen voortaan beter achterwege kunnen laten. Het is een verzameling gele arceringen in de bestaande richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) – door de wetenschappelijke verenigingen aangedragen richtlijnen waar artsen al sinds jaar en dag mee werken. Onderzoeker Tijn Kool van het aan het Radboudumc verbonden onderzoeksinstituut IQhealthcare grinnikt bijna opgelaten. Nee, zoveel publicitaire aandacht had hij niet verwacht toen de NFU de beter-niet-doen-lijst met niet-effectieve verrichtingen presenteerde. Met een groep van acht hoogleraren van de verschillende umc's wilde de NFU de handschoen oppakken die minister Edith Schippers (VWS) de hele gezondheidssector eerder toewierp: hoe kunnen we komen tot meer efficiënte zorg? De NFU voert onder de vlag van het Citrienprogramma vijf programma's uit die op die vraag focussen. Het opstellen van de beter-niet-doen-lijst is er eentje van. Het idee is niet nieuw, Groot-Brittannië kende bijvoorbeeld al een *do-not-do*-lijst, legt Kool uit.

Voor de Nederlandse versie screenen Kool en consorten 193 medische richtlijnen die in een database van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) beschikbaar waren, dus door alle specialismen heen. 'We hebben in de aanbevelingen gezocht naar termen als 'niet', 'geen', 'terughoudendheid' of 'beperkt', licht Kool het ontstaan toe. Deze zoektocht op ontmoedigingsfrasen leidde tot 1366 resultaten, wat neerkomt op gemiddeld 7,1 ontmoedigingsaanbevelingen per richtlijn. Kool: 'Dit is dus bestaande kennis, geen nieuwe kennis. Het gaat om richtlijnen die zorgverleners al kennen.'

### Terughoudendheid

'Niet bewezen effectief is niet hetzelfde als bewezen ineffectief', riepencriticas-

ters na de eerste publiciteit over de niet-doen-lijst. Maar de 1366 aanbevelingen voor terughoudendheid betreffen dus wél aanbevelingen op basis van wetenschappelijk bewezen ineffectiviteit, benadrukt Kool – anders waren ze immers niet in de door medisch specialisten zelf opgestelde richtlijnen terechtgekomen.

Het gaat voor 77 procent om adviezen om bepaalde zorg helemaal niet uit te voeren, de overige 23 procent zijn adviezen om bepaalde zorg niet routinematig aan te bieden. In 30 procent van de 1366 ‘handelingen van mindere waarde’ ging het om diagnostische handelingen, zoals ‘er is geen plaats voor FDG-PET bij de detectie van micrometastasen’ bij de diagnose anuscarcinoom, noemen de onderzoekers als voorbeeld in een publicatie hierover in BMC Medicine.

In 29 procent van de gevallen ging het om niet-medicamenteuze behandelingen. De onderzoekers noemen daarbij als voorbeeld ‘de insertie van arteriapulmonaliskatheter bij acuut hartfalen is zelden nodig’, in de richtlijn voor hartfalen. En in 39 procent betrof het behandelingen met geneesmiddelen, zoals ‘methotrexaat wordt niet aanbevolen voor hidradenitis suppurativa’, bij de behandeling van acneiforme dermatosen. De overige 2 procent viel niet in zo’n categorie onder te brengen.

### **Fris vanillegeel kleurtje**

De inventarisatie leidde er in samenwerking met de FMS toe dat al die ontmoedigingsaanbevelingen nu van een fris vanillegeel kleurtje zijn voorzien in de richtlijndatabase, waardoor ze nadrukkelijker uit de tekst naar voren springen. Alleen een arts – of een patiënt – die de database raadpleegt, komt de gekleurde niet-doen-aanbevelingen tegen. En dat was vroeger feitelijk ook al zo, alleen vielen ze toen misschien wat minder op. Het hele idee achter het initiatief is om het bij artsen beter tussen de oren te krijgen dat ze echt, heus waar, ook iets mogen laten. ‘Het is een gevoelig onderwerp, om tegen artsen te zeggen dat je sommige dingen niet moet doen. Puur daarop attenderen kan al helpen. Het gaat om

bewustwording’, aldus Kool. Want niet doen wat niet helpt, betekent minder onnodige zorguitgaven, en betere zorg. Verschillende factoren maken dat artsen toch blijven kiezen voor handelingen waarvan vakgenoten in verenigingsverband al hebben bepaald dat terughoudendheid op zijn plaats is. Kool: ‘Artsen zijn opgeleid om te doen, en niet om niet te doen. Het is de cultuur van het vak. Het is ook een tijds kwestie. Aan een patiënt uitleggen waarom je iets niet doet, kost meer tijd dan uitleggen dat je wel iets gaan doen.’ En ook de veeleisende patiënt en de productieprikkel – ‘je krijgt als arts betaald voor wat je doet en niet voor wat je niet doet’ – spelen een rol.

## ‘Arts en patiënt hebben deze boodschap beiden nog hard nodig’

### **Ophef**

Cardioloog Marcel Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de FMS, beaamt dat een combinatie van factoren maakt dat artsen blijven doen wat vakbroeders binnen de wetenschappelijke vereniging al ontmoedigen. De actie van de NFU loopt parallel met de campagne Verstandig Kiezen van de FMS en is bedoeld om gepast zorggebruik te bevorderen en zo mogelijk kosten te besparen. Ook binnen die campagne wordt – door het opstellen van zogenaamde Verstandige Keuzes – geprobeerd te zorgen ‘dat iets wat beter niet gedaan kan worden’ daadwerkelijk minder of niet meer gebeurt, aldus Daniëls.

‘Het is lastig om dingen die zijn ingesleten, kwijt te raken’, constateert hij. ‘Artsen zijn al langer bezig met de vraag wat doelmatige en efficiënte zorg is. Alle aandacht helpt dat proces vooruit. Arts en patiënt hebben die boodschap beiden nog hard nodig. Je kunt je afvragen of de ophef om de lijst terecht is, als de infor-

matie allang bestond. Maar het kan nooit kwaad om hier aandacht voor te vragen, richting patiënt en dokter’, vindt Daniëls. Kool ziet het rondje arceren hooguit als ‘een begin van een gedachte die zijn opmars verder moet maken’. Specifieke programma’s zijn vervolgens nodig om te zorgen dat artsen en andere zorgverleners op de rem durven te trappen bij hun verrichtingen. Kool: ‘De vraag is hoe je dat voor elkaar krijgt. Het zal jaren duren. Alle koepels en belangenverenigingen moeten die verantwoordelijkheid nemen.’ De database van de FMS telt inmiddels zo’n driehonderd richtlijnen. Kool en zijn collega’s scannen nu ook al de overige circa honderd die ze eerst niet meenamen

in het zoeken naar ontmoedigingstermen, zodat de FMS ook die van gele arcering kan voorzien.

Omdat er veel vraag naar is, probeert de NFU de niet-doen-inventarisatie toch los te trekken uit de richtlijndatabase, ook al is Kool daar geen voorstander van. ‘Ik denk dat het geen toegevoegde waarde heeft zonder de context van die richtlijnen.’ In de loop van december zou die aparte inventarisatie klaar kunnen zijn. ■

### **web**

Een link naar de richtlijndatabase en eerdere berichten over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).