

Richtlijnen zijn bedoeld als houvast. Toch ervaren veel artsen ze soms als een keurslijf. Mag je ervan afwijken, en wanneer is afwijken goede zorg? En hoe verandert die afweging nu passende zorg, schaarste en maatschappelijke verantwoordelijkheid steeds nadrukkelijker onderdeel worden van de zorgpraktijk? We spreken twee medisch specialisten, een aios en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

17

De kans is groot dat je endocrinoloog in opleiding Niels Connell (Maastricht UMC) achter zijn bureau gebogen over een richtlijn aantreft voordat hij de spreekkamer instapt. 'In mijn opleiding greep ik vooral naar handboeken. Richtlijnen vanuit de wetenschappelijke verenigingen kwamen wel ter sprake in het onderwijs, maar meer als terzijde: "Die zijn er ook." Maar sinds ik na mijn promotie op de poli aan de slag ben, zelf keuzes op de werkvloer moet maken en die bespreek met mijn patiënten, is mijn aandacht vol bij de richtlijnen. Zij geven mij inzicht in de laatste stand van het onderzoek. Vooral als het gaat om ziektebeelden waarin ik nog niet helemaal thuis ben. Als aios doen die situaties zich natuurlijk relatief vaker voor. Richtlijnen zijn dus mijn belangrijkste geschreven referentiepunt, naast vanzelfsprekend de ziekenhuisprotocollen en soms internationale richtlijnen, omdat daarin recenter onderzoek naar een specifieke behandeling is opgenomen. Ik moet wel zeggen dat ik er niet zo'n kei in ben om al die richtlijnen tot in detail in mijn hoofd te stampen. Met een document van tachtig pagina's – zoals je die ook wel tegenkomt – is dat niet te doen. Ik kies daarom zorgvuldig de richtlijnen uit die ik bestudeer en waarvan ik de kern onthoud. Ze gaan over casuïstiek die ik nog niet in één keer goed kan overzien.'

En hoe gebruiken meer ervaren medisch specialisten ze? Bregtje Lemkes, internist-infectioloog en een van de opleiders in het Amsterdam UMC: 'Als je langer aan de slag bent, ken je de belangrijkste aspecten uit de richtlijn en handel je vaak uit ervaring. Updates van richtlijnen komen onder andere via congressen, nascholing en de voorlichting door de wetenschappelijke vereniging op je netvlies. Toch pak ik er nog met regelmaat een richtlijn bij, zeker tijdens opleidingsmomenten. We leiden onze aios op in evidence-based werken en richtlijnen vormen hierbij een belangrijke leidraad.'

Wanneer mag je afwijken?

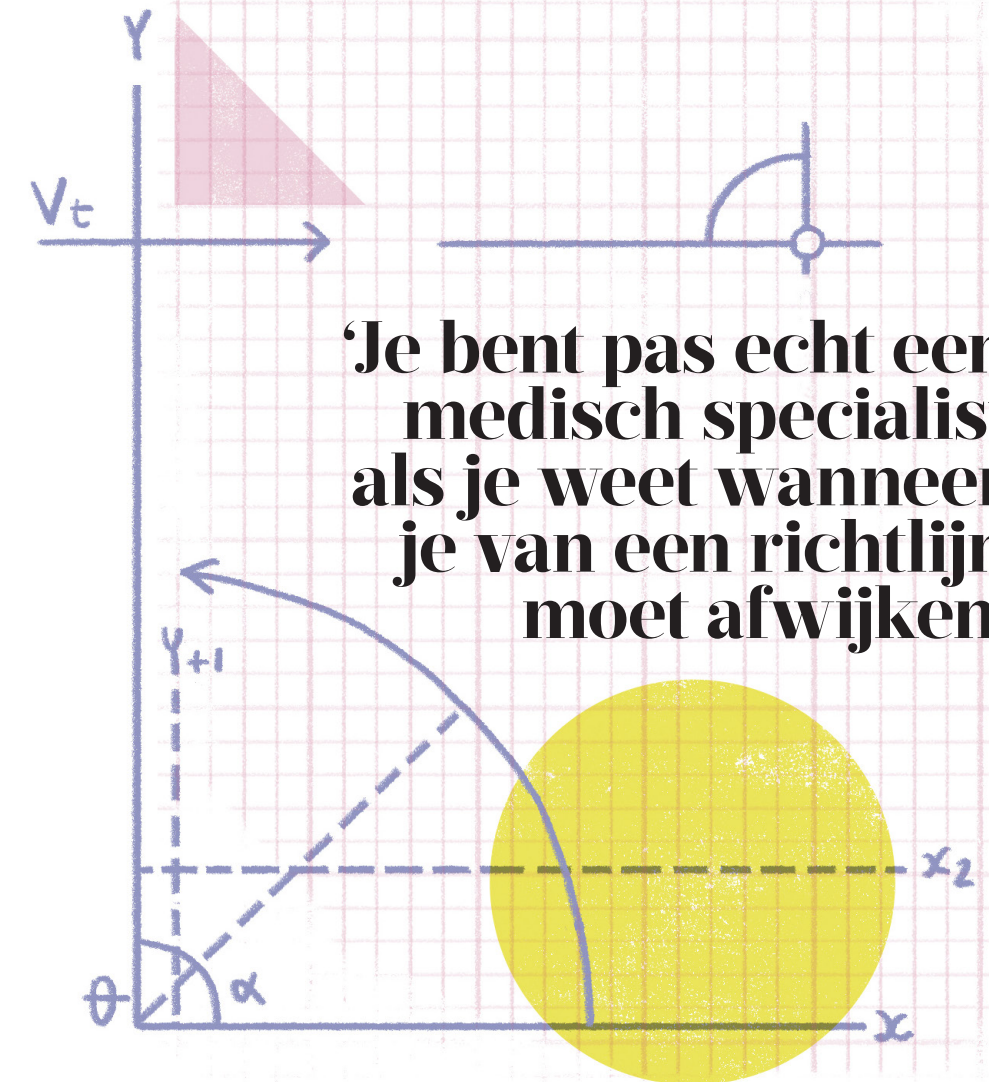
Het heikele punt bij de toepassing van richtlijnen is natuurlijk: wanneer mag ik er wel, en wanneer mag ik er niet van afwijken? Voor Connell is dat een

vraag die dagelijks terugkeert. 'Dit soort vragen sturen mijn ontwikkeling. Ik kan weliswaar veel zelf zien en diagnosticeren, maar ik moet mijn kritische blik nog verder ontwikkelen, samen met mijn supervisor. Ik maak een behandelplan, en als dat afwijkt van een richtlijn, zegt hij: "Als je het zo wilt doen, denk dan vooral ook hieraan." En een andere keer: "Ondanks mijn lange ervaring weet ik het ook niet precies, dus probeer het maar." Zo heb ik een veilig kader om te toetsen en te ontdekken. Laatst zei een opleider: "Je bent pas echt een medisch specialist als je weet wanneer je van een richtlijn moet afwijken." Die is bij mij wel blijven hangen.'

Lemkes herkent dat: 'Je hoort wel eens de klacht dat aios zich krampachtig zouden vastklampen aan richtlijnen in hun behoefte aan zekerheid, dat een richtlijn hun reddingsboei of kookboek zou zijn, maar dat is niet mijn ervaring. Ik vind dat aios zich allerminst verschuilen achter richtlijnen, eerder dat ze – misschien wel juist vanuit hun lerende houding – de richtlijn durven te bevragen. Van daaruit stellen ze ook de vraag: "Is het verstandig om hier van de richtlijn af te wijken?" Met zeer plausibele redenen, bijvoorbeeld omdat de hoge leeftijd van een kwetsbare patiënt niet goed past bij het advies in een richtlijn, of omdat er twijfel bestaat of de patiënt een geadviseerd medicijn fysiek wel aankan vanwege comorbiditeit. Of doordat er een cognitieve beperking is die de therapietrouw kan beïnvloeden. Geen patiënt is hetzelfde, en niet iedereen past binnen een richtlijn, zeker als er sprake is van meerdere aandoeningen tegelijk.' Lemkes stimuleert haar aios dan ook om zichzelf te blijven afvragen of hun patiënt wel past in de mal van een richtlijn. 'Meestal biedt een richtlijn gelukkig voldoende ruimte om keuzes te maken, maar het is een hulpmiddel en ontslaat je niet van kritisch denken. Juist discussies over de richtlijn zijn waardevolle opleidingsmomenten; de evidence, maar ook de maatschappelijke en doelmatigheidsafwegingen achter de aanbevelingen in de richtlijn komen aan bod, net als de afwegingen die gaan over de toepasbaarheid op de patiënt. De medische kennis die samengevat is in een richtlijn helpt dus in de opleiding, maar is niet de wet.'

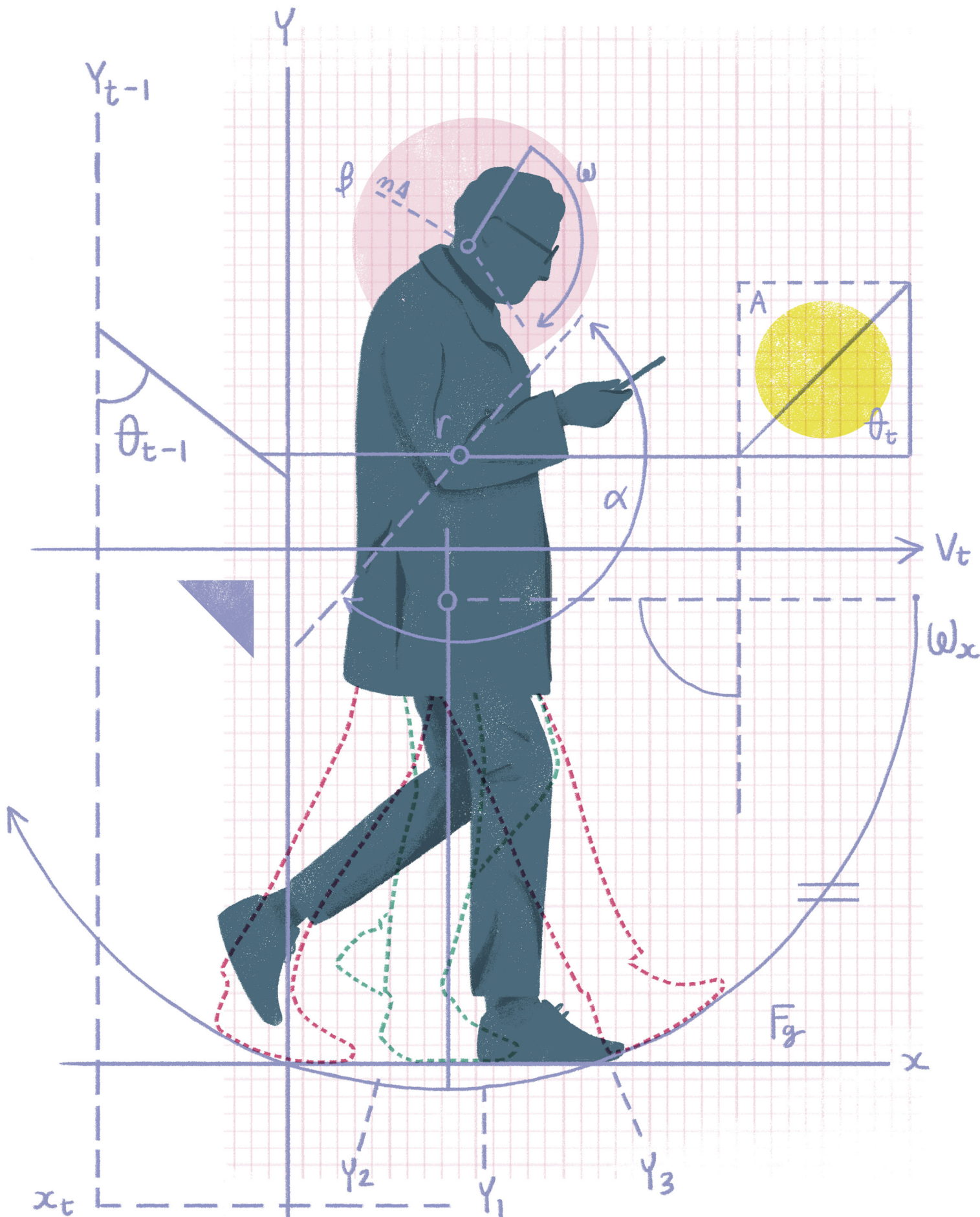
Startpunt

Roel Bakx is kinderchirurg in het Amsterdam UMC en voorzitter van de richtlijnencommissie van de Federatie Medisch Specialisten. Hij onderschrijft het betoog van Lemkes en stelt: 'Richtlijnen heten niet



voor niets richtlijnen, ze doen een aanbeveling, anders hadden ze wel aanwijzingen geheten. Ik beschouw ze als een startpunt voor een zorgprofessional om zelf goede afwegingen te kunnen maken. In dat opzicht zijn richtlijnen een cadeau aan onze beroepsgroep. Je hoeft als arts niet meer zelf op zoek naar de laatste inzichten, ze worden je op een presenteerblaadje aangereikt door gemotiveerde collega's die het allemaal voor je uitpluizen.' Toch komt hij bij zijn lezingen vaak artsen tegen die zeggen: 'Ik heb vooral last van jouw richtlijnen. Ze zorgen ervoor dat ik bepaalde dingen niet meer kan

doen.' Bakx kan dat eenvoudig pareren: 'Het zijn natuurlijk niet mijn richtlijnen, ze zijn van de beroepsgroep, gemaakt door de beroepsgroep. En dat is op zichzelf al bijzonder. Dat artsen zoveel invloed hebben op hun richtlijnen, komt met name voor in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Scandinavië. In veruit de meeste landen zijn de beroepsgroepen niet of nauwelijks betrokken bij de totstandkoming; daar zijn richtlijnen het werk van bijvoorbeeld epidemiologen, in opdracht van overheidsinstellingen. Wij zijn in Nederland dus in staat onze eigen werkpraktijk vorm te geven. Ik vind het jammer dat



sommige artsen wat lichtzinnig denken over dat voorrecht, en de richtlijnen het liefst links zouden laten liggen. Zeker als je bedenkt dat we twintig jaar geleden nog weinig evidence-based richtlijnen hadden, en tien jaar daarvoor de dokter simpelweg bepaalde wat goed was. We hebben nu een transparante en eenduidige manier van werken voor elkaar gekregen.’

Werken zonder richtlijn

Lemkes weet, zoals zoveel artsen, hoe moeilijk het kan zijn om zonder richtlijnen te moeten werken. ‘In de coronaperiode was ik net stafid en stonden we met lege handen. Voor dat nieuwe virus was geen enkele richtlijn beschikbaar. We moesten dus op lokaal niveau in eerste instantie alles zelf uitvinden. Soms verschenen er twee nieuwe lokale protocollen per week. In de eerste maanden was er niets bekend over de effecten van verschillende behandelingen en kwam het voor dat er verschil in aanpak was tussen ziekenhuizen. Ik herinner mij een familiegesprek waarbij dit vragen opleverde, omdat de zoon – opgenomen met het virus in een ander centrum – een andere behandeling kreeg dan zijn moeder bij ons in het ziekenhuis. Op dat moment besef je weer hoe belangrijk de eenduidigheid van richtlijnen is. Gaandeweg zijn er uit die lokale protocollen gelukkig landelijke leidraden en later richtlijnen ontstaan.’ Ze wijst nog op een ander aspect dat samenhangt met die eenduidigheid: ‘Wie het breed heeft, krijgt in onze ziekenhuizen precies dezelfde zorg als degene die weinig geld heeft. Richtlijnen helpen ons doelmatige keuzes te maken, zodat de zorg voor iedereen toegankelijk blijft. En als ik eens wil kiezen voor duurdere medicatie, die niet standaard vergoed wordt en die buiten de richtlijn valt? Dan leg ik dit voor aan de verzekeraar, die mij vraagt goed te beargumenteren waarom dit nodig is. Op die manier wordt er constructief meegedacht.’

Wat de inspectie ervan vindt

De organisatie die toeziet op de kwaliteit en veiligheid van zorg is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hoofdinspecteur en plaatsvervangend inspecteur-generaal Janet Helder (tot 1 augustus 2026) en coördinerend specialistisch inspecteur (en kinderarts) Marieke Pestman benadrukken dat richtlijnen er zijn om te volgen. Helder: ‘Ons toezicht op de medisch-specialistische zorg is voor een belangrijk deel gebaseerd op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz. Deze geeft open normen, en in de medische zorg vertaalt de beroepsgroep deze normen zelf in richtlijnen. Die richtlijnen dienen als hulpmiddel bij het uitvoeren van de wet. Ze beantwoorden de vraag: wat is gebruikelijk en wat moet ik doen?’ Helder vervolgt:

‘Wij vinden het van belang dat patiënten – waar ze zich ook melden – kunnen rekenen op dezelfde, voorspelbare zorg. Richtlijnen spelen daarin een rol. Wij gaan dus mede op basis van richtlijnen in gesprek met ziekenhuizen en klinieken over de vraag of ze hun zaken rondom veiligheid en kwaliteit op orde hebben. Niet de inhoud van de richtlijnen of de protocollen van ziekenhuizen, maar de toepassing ervan staat voor ons centraal.’

Pestman vult aan: ‘Soms horen wij van artsen: “Dat mag niet van de Inspectie.” Maar dat klopt dus niet. De richtlijnen zijn door medisch specialisten zelf opgesteld. Wij vinden ze van belang omdat de beroepsgroep ze van belang vindt. Afwijken kan natuurlijk, maar niet zomaar omdat je het niet eens bent met een richtlijn. Afwijken vereist een zorgvuldige verantwoording en documentatie, en het besluit ertoe moet in goed overleg met de patiënt worden genomen.’ Helder redeneert door: ‘En als medisch specialisten niet goed uit de voeten kunnen met bepaalde richtlijnen, doordat ze bijvoorbeeld niet

‘Richtlijnen heten niet voor niets richtlijnen, ze doen een aanbeveling, anders hadden ze wel aanwijzingen geheten’

‘Afwijken kan natuurlijk, maar niet zomaar omdat je het niet eens bent met een richtlijn’

toegankelijk geschreven of te gedetailleerd zouden zijn, of doordat ze achterlopen op actueel onderzoek? Dan is het aan de beroepsgroep zelf om de richtlijnen te verbeteren.’

Anderhalf jaar

Roel Bakx is zich daar als voorzitter van de richtlijnencommissie terdege van bewust: ‘De Richtlijndatabase telt bijna zeshonderd richtlijnen, en er valt er regelmatig een af of komt er een bij. Aan veel richtlijnen valt inhoudelijk iets te verbeteren, en het proces om ze up-to-date te houden kan sneller.’ Of zoals Niels Connell het zegt: ‘Sommige richtlijnen stammen uit 2013. Als ik vermoed dat er recenter onderzoek is, ga ik daarnaar op zoek en leer ik daarvan. Soms is dit dan wel al opgenomen in een internationale richtlijn.’ De richtlijnencommissie werkt volgens Bakx hard aan de vertaling van nieuw onderzoek in richtlijnen, maar kan geen ijzer met handen breken. ‘Neem de klassieke blindedarmontsteking. Bij bepaalde indicaties komt de huidige richtlijn uit op de aanbeveling: opereren. Begin deze zomer zijn echter de resultaten van een groot onderzoek onder kinderen gepubliceerd. In bepaalde situaties blijkt het toedienen van antibiotica hetzelfde resultaat te geven als opereren. Bij toediening van

antibiotica hoeft ongeveer 70 procent van de patiënten uiteindelijk niet geopereerd te worden. Antibiotica zijn dus een goed en goedkoper alternatief voor direct opereren bij kinderen.’ Maar voordat die onderzoeksuitkomsten hun weerslag vinden in een richtlijn, zijn we wel even verder. De werkgroep die de richtlijn schrijft bestaat uit inhoudelijk deskundigen en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en wordt begeleid door een adviseur van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Deze groep bepaalt eerst welke onderwerpen prioriteit hebben en formuleert daarbij de uitgangsvragen. Voor iedere vraag stelt de werkgroep een PICO op. De term PICO staat voor: Patiënt/Probleem/Populatie, Interventie, Comparison en Outcome. Met deze onderzoeksvraag kan de adviseur van het Kennisinstituut literatuuronderzoek uitvoeren. De adviseur komt vervolgens met een samenvatting, een conclusie, en een beoordeling – volgens de zogeheten GRADE-methode – die aangeeft hoe hard de conclusie is. Hiermee gaat de werkgroep dan weer aan de slag. Naast de conclusies uit de literatuur worden ook andere aspecten meegewogen, zoals het patiëntenperspectief, haalbaarheid en kosten. Uiteindelijk stelt de werkgroep een aanbeveling op. De nieuwe of aangepaste richtlijn wordt ter commentaar

voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen. Na verwerking van het commentaar door de werkgroep geeft de wetenschappelijke vereniging er dan een klap met de hamer op, en communiceert de verandering. Bakx ziet dat dit hele proces een tot anderhalf jaar in beslag kan nemen. ‘De afgelopen jaren werken we wel aan versnelling’, zegt hij, en wijst op een belangrijke procesvernieuwing. ‘Van oorsprong werden richtlijnen eens in de acht tot tien jaar in hun geheel herzien. Nu doen we aan modulair onderhoud van richtlijnen en zorgen zo voor een snellere doorlooptijd van aanpassingen. We reviseren in die aanpak niet meer eens in de acht jaar de totale richtlijn, maar selecteren ieder jaar tot anderhalf jaar wat écht urgent is. Nieuw bewijs wordt op die manier veel sneller in een richtlijn opgenomen. Dit modulaire onderhoud is al in volle gang en gaan we op steeds meer richtlijnen toepassen.’ Bakx ziet meer verbeterpunten: ‘Denk aan de duurzaamheid van de zorg, maar ook aan de toegankelijkheid van richtlijnen. Die is cruciaal als we steeds meer artsen willen bereiken. We werken aan verbetering van de Richtlijndatabase zodat je met de juiste zoektermen makkelijk uit een richtlijn kunt destilleren wat je wilt weten. En er is een Richtlijndatabase-app die op je mobiel snel informatie op maat biedt. Een richtlijn van tachtig pagina’s wordt op die manier een stuk toegankelijker.’

In de spreekkamer

Dat de betrokkenheid van patiënten steeds belangrijker is geworden, heeft de richtlijnen veranderd. Janet Helder van de IGJ: ‘Samen beslissen betekent dat artsen de behandelopties toelichten en ter overweging voorleggen aan hun patiënten. Richtlijnen geven duidelijkheid, maar zijn – dat zien wij natuurlijk ook – soms erg gedetailleerd en technisch. Daardoor kunnen ze de keuzes die je samen met je patiënt maakt te veel sturen. Soms is het goed om samen de keuze te maken om iets niet te doen, terwijl een richtlijn vaak juist uitnodigt om wel te handelen. Je kunt je dus afvragen of de sector niet beter af zou zijn met minder detail in de richtlijnen. Daarover moet het gesprek gevoerd worden.’

Medisch specialisten wijzen erop dat richtlijnen in de spreekkamer tot heel verschillende gesprekken kunnen leiden. Lemkes: ‘Patiënten willen graag een individuele aanpak, en niet gereduceerd worden tot een protocol of richtlijn. Daarom bespreek ik richtlijnen niet te letterlijk. Liever benoem ik de onderliggende argumenten die van toepassing zijn op de situatie van de patiënt.’ Bakx ziet juist voordelen in het benoemen van richtlijnen: ‘Sommige patiënten willen vooral duidelijkheid van de arts. Dan kan het helpen om juist wel een concrete richtlijn te noemen. Dat biedt een houvast, misschien meer dan het verwijzen naar onderzoek, want dan kan een patiënt denken: er zal vast ook onderzoek zijn met een andere conclusie. Gesprekken kunnen dan te lang duren en weinig opleveren. Een

richtlijn klinkt uitgekristalliseerder.’ Connell wijst nog op een ander aspect: ‘Ik merk dat AI mensen een sterkere stem geeft in de spreekkamer. Ook om die reden is het goed om actuele richtlijnen te hebben. Ik ben overigens niet tegen AI. Vaak klopt de uitkomst ervan net niet, maar AI kan je wel op denkrichtingen brengen die het overwegen waard zijn. Maar het spanningsveld met richtlijnen is wel iets om rekening mee te houden in de spreekkamer.’

De angst voor het tuchtrecht

En dan is er nog de gevoelde dreiging van het tuchtrecht. De redenering: leg een afwijking van de richtlijn vooral zorgvuldig vast en bespreek die met de patiënt. Dan ben je bij onverhoopte klachten later goed ingedekt. ‘Die angst is gebaseerd op verkeerde aannames’, stelt Pestman. ‘De cijfers laten zien dat richtlijnen vrijwel geen rol spelen in het tuchtrecht. Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde publiceerde onderzoek waaruit bleek dat medisch-specialistische richtlijnen tussen 2019 en 2023 in niet meer dan 6 van de 514 – dus nauwelijks meer dan 1 procent – gegronde tuchtzaken een rol speelden. En daarbij ging het niet om de inhoud van die richtlijnen, maar om de onderbouwing van de afwijking. Richtlijnen zijn dus cruciaal, maar wel om de goede redenen: je levert er state of the art-patiënten-zorg mee tegen de best mogelijke prijs. Die lagere kosten zijn overigens geen criterium voor de IGJ, maar in de huidige tijd, net zoals de aandacht voor duurzaamheid, wel van belang.’

Bakx besluit: ‘Ook daarover moet de discussie gevoerd kunnen worden. Artsen moeten hun keuze voor een therapie niet primair baseren op de kosten. Maar als de keuze tussen twee kwalitatief gelijkwaardige behandelingen honderd euro scheelt, levert dat op landelijke schaal enorme besparingen op. Dat bewustzijn mogen we wel van elkaar verlangen. En richtlijnen moeten daarop kunnen inspelen, gezien de uitdagingen waarmee we in de zorg te maken hebben.’



Lees meer over de ontwikkeling van richtlijnen in de FAQ op onze website demedischspecialist.nl/faqrichtlijnen.
Bezoek onze Richtlijndatabase via www.richtlijndatabase.nl.
Maak een account aan en krijg een persoonlijk overzicht van recent aangepaste richtlijnen.