

# Betekenis en werking van richtlijnen 2. Opmerkingen over validering en aanbevelingen ten aanzien van richtlijnen

De goede werking van richtlijnen is mede afhankelijk van een juiste validatie. Valideren vraagt een gestelde norm. Vanuit het professionele en protoprofessionele paradigma worden andere normen gebruikt voor validatie vanuit verschillende wetenschaps-filosofische uitgangspunten. Ook tussen zorgverleners zelf worden verschillende fundamentele uitgangspunten gehanteerd. Dit leidt tot een onoverbrugbaar methodologisch verschil waardoor validatie nu niet mogelijk of zinvol is. Een belangrijke rol lijkt weggelegd voor de kennisleer uit de humaniora om de richtlijnen te kunnen uitleggen en interpreteren. Daarnaast blijkt het operationaliseren van richtlijnen niet eenvoudig. In het gebruik van richtlijnen blijken onbedoelde effecten zoals het uitsluiten van patiënten van verzekeringen en vergoedingen op te treden. Tevens neemt het aantal richtlijnen zodanig toe dat handhaving en uitvoering in gevaar komt. Aanbevelingen worden gedaan om de betekenis en werking van richtlijnen te bewaken.

Craandijk J. Betekenis en werking van richtlijnen 2. Opmerkingen over validering en aanbevelingen ten aanzien van richtlijnen

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 69-74

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.02.16232>

## Inleiding

In het eerdere artikel over de betekenis en werking van richtlijnen werd achtereenvolgens uiteengezet wat de betekenis van een richtlijn is en wat de achterliggende claims zijn vanuit de verschillende paradigma's. Vervolgens werd ingegaan op hoe de werking van een richtlijn kan worden begrepen (Craandijk, 2017). In dit artikel wordt geanalyseerd hoe richtlijnen gevalideerd kunnen worden en ten slotte hoe de feitelijke werking van richtlijnen en onder welke voorwaarden plaatsvindt. Tot slot worden aanbevelingen gedaan om richtlijnen werkbaar te houden binnen het professionele paradigma.

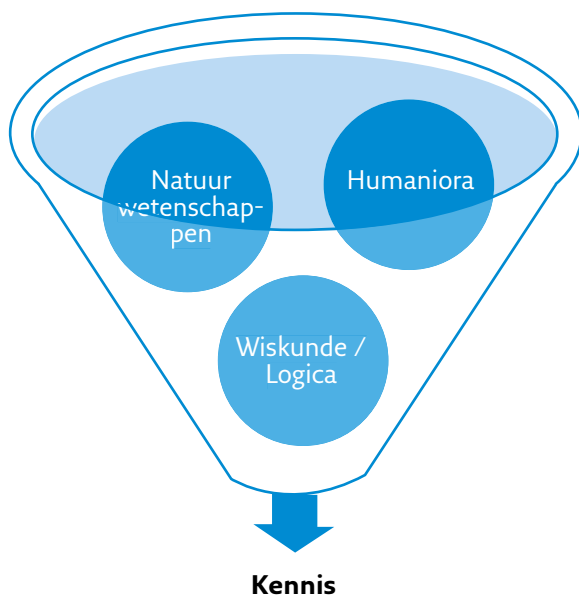
Validering van een model is het proces waarbij op basis

van empirisch verkregen gegevens wordt gekeken of de modeluitkomsten overeenkomen met de gestelde norm. Normen kunnen deontologisch of teleologisch zijn. Deontologische normen worden vervuld vanuit een plicht zonder rekening te houden met de gevolgen. Teleologische normen zijn gericht op het doel, zonder rekening te houden met de omstandigheden. Voor modelvalidatie worden teleologische normen gebruikt. Deze teleologische norm kan drieërlei zijn: ideaal, door voorschrift of een materiële standaard (Trum, 1979). De ideale norm betreft eigenschappen die tot een bepaalde categorie behoren op grond waarvan deze als 'goed' of 'ideaal' kunnen worden aangemerkt. Een goed voorbeeld hiervan is de professionele standaard die hier dan als goed of ideaal wordt aangemerkt. De norm door voorschrift bestaat uit een gestelde norm door een daartoe bevoegde autoriteit. Bijvoorbeeld een zorgverzekeraar die vanuit zijn autoriteit in zijn voorwaarden als norm stelt dat patiënten maximaal 30 minuten preventieve mondzorg (M-codes) per jaar nodig hebben en de vergoedingen daarop maximeert (vanaf 2013 door zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid). De materiële standaard is een norm die als vergelijkingsobject wordt gebruikt ter beoordeling van andere objecten. Dat betreft bijvoorbeeld de standaard meter of de standaard kilogram.

De validering van richtlijnen verloopt op verschillende niveaus problematisch. Ten eerste is de norm van de validatie voor de verschillende belanghebbenden onduidelijk en verschillend. Voor zorgverleners is een norm ideaal en gericht op kennistoepassing en -vermeerdering (tab. 1). Vakinhoudelijk is omschreven wat behoort tot professioneel goede zorg en welke niet. Door belanghebbenden buiten de professie (juridisch paradigma, protoprofessioneel) is de norm gesteld door voorschrift. Deze norm is niet vakinhoudelijk getoetst. Een voorbeeld is het 30 minuten criterium van preventieve mondzorg: indien de

Richtlijn	Professioneel	Juridisch	Proto-professioneel
Gevalideerd	Ja	Nee	Nee
Getoetst	Professioneel	Juridisch	Nee, voorschrift
Wijze	Heuristiek	Normatief	Normatief
Doelgroep	Individuele patiënt	Individuele zorgverlener	Groepen zorgverleners
Geoperationaliseerd voor	Regel om tot goede beslissing te komen	Voorschrift met beperkende werking	Sturing van zorgproces
Doel van de richtlijn	Heuristisch instrument	Zelfregulering met rechtsgevolgen	Zelfregulering met rechtsgevolgen
Door	Professie	Toetsingscolleges, IGZ, tuchtraad, klachtencommissies	Zorgverzekeraars, adviesorganen

Tabel 1. Richtlijngebruik naar paradigma.



Afb. 1. De 3 kennisdomeinen.

mondzorgverlener het professioneel noodzakelijk acht om meer dan 30 minuten preventieve zorg aan te bieden, dan krijgt de patiënt van zijn zorgverzekeraar te horen dat de zorgkosten niet alleen niet voor vergoeding in aanmerking komen, maar dat tevens ondoelmatige zorg is aangeboden. In de huidige opzet van de *Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg* (WKKKGZ) bepaalt Zorginstituut Nederland welke norm wordt gehanteerd. De materiële standaard als norm heeft geen plaats in de patiëntenzorg; voor het ijken van apparatuur is dit wel mogelijk.

Ten tweede is de validering door de verschillende belanghebbenden verschillend omdat zij vanuit verschillende kennisdomeinen opereren.

### De 3 kennisdomeinen

Er zijn 3 kennisdomeinen: de wiskunde, de natuurwetenschappen en de humaniora (afb. 1). De eerste 2 zijn de klassieke domeinen. Het boek 'Metaphysica' van de Griekse wijsgeer Aristoteles vangt aan met de stelling dat alle mensen van nature streven naar kennis. Dat is geen toeval, want deze begeerte is voorbehouden aan de mens en definieert de mens als mens. De liefde voor kennis is de ware aard van de wijsbegeerte, die zich richt op ware oorzaken van alles wat is. Het gaat daarbij niet zozeer om feitenkennis (weten dat iets is zoals het is), maar om te begrijpen en te weten waarom iets is zoals het is. In de kennisleer van Aristoteles ontstaat vervolgens een hiërarchie van cognitieve vermogens. Deze bestaat respectievelijk uit de zintuiglijke waarneming (aisthêsis), het geheugen (phantasia), onderzanding (emperia), kunde (technê), wetenschap (epistêmê) en ten slotte wijsheid (sophia). Een groot verschil met eerdere denkers is dat Aristoteles van wetenschap vraagt dat kennis wordt aangetoond met een bewijs (apodeixis). Dat komt doordat voor hem de biologie in plaats van de wiskunde (zoals dat bijvoorbeeld bij Plato en Socrates het geval was) als modelwetenschap wordt gezien (afb. 2). De wiskunde heeft geen bewijs omdat deze zelf evident is.



Afb. 2. Plato en zijn leerling Aristoteles in de academie. Aristoteles wijst met zijn hand naar de wereld om ons heen. Daar ligt de fundering van de empirische wetenschappen (detail uit fresco 'De School van Athene' van Rafaël Santi).

Natuurwetenschap, zoals biologie, is echter empirisch en Ackrill wijst erop dat "de uitgangspunten en de conclusies ervan geen noodzakelijke waarheden zijn (zoals de waarheden van de logica en de wiskunde), maar gewoon feitelijk waar, en dat de definities waarop de wetenschap steunt, geen 'werkelijke' definities zijn maar gewoon handige linguïstische conventies" (Ackrill, 2000). Dit denken is belangrijk omdat het wijst op een fundamenteel verschil in bewijs en overtuigingskracht van wiskundige dan wel empirische verschijnselen. Dat instrumenten en technieken van het ene kennisdomein gebruikt worden voor een ander kennisdomein is wetenschappelijk-theoretisch niet vanzelfsprekend en wordt wel een categorie- of domeinfout genoemd. Niet alleen de onderliggende theoretische uitgangspunten kunnen fundamenteel verschillen, ook de onderling uitgewisselde begrippen hebben een andere theoretische geladenheid.

Het derde domein betreft de humaniora dat qua methodiek en fundering sterk verschilt van de natuurwetenschap. Bij natuurwetenschappen wordt enerzijds gebruikgemaakt van begrippen uit de ontologie, anderzijds uit de epistemologie. In de epistemologie wordt gebruikgemaakt van de logica en wiskunde. De kennis in het wiskundedomein is zelf evident (a priori oordelen, uit de ratio). Voor de toepassing in het natuurwetenschappelijke domein zijn stringente regels en procedures van toepassing (a posteriori oordelen, uit de empirie). Voor de humaniora gelden weer andere regels. Daar is vooral de fenomenologie geldend, die noch van de apriori noch van de aposteriori kennis gebruikmaakt (noch uitsluitende de ratio, noch uitsluitend de empirie). Bij humaniora staan interpretatie en uitleg centraal. Een kunstobject laat zich meten als verfkleur of

### Intermezzo 1. Begrippenlijst

- A priori: voorafgaand aan de (zintuigelijke) ervaring.
- A posteriori: gebaseerd op (zintuigelijke) ervaring.
- Epistemologie: kennisleer; filosofisch vakgebied dat de vraag bekijkt wat kennis is en hoe kennisanspraken gerechtvaardigd kunnen worden. (Leezenberg en De Vries, 2001).
- Hermeneutiek: is de wetenschap die zich bezighoudt met de kunst van het uitleggen van feiten, handelingen en teksten.
- Heuristisch, afgeleid van heuristiek: het zoek- en denkproces dat aan het nemen van een beslissing vóóraf gaat.
- Incommensurabiliteit: kentheoretisch de onmogelijkheid om 2 paradigma's op een neutrale manier met elkaar te vergelijken; sociologisch het feit dat wetenschappers met verschillende paradigma's langs elkaar heen praten doordat ze ongemerkt dezelfde termen verschillend gebruiken (Leezenberg en De Vries, 2001).
- Ontologie: leer van het zijnde. Object van onderzoek zijn alle entiteiten die 'zijn'.
- Paradigma: (bij Kuhn) in strikte zin een exemplaar of tekstboek-voorbeeld van goede wetenschapsbeoefening in een bepaald vakgebied; in bredere zin de disciplinaire matrix, ofwel het geheel van overtuigingen, aannames en normen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek waarmee een gemeenschap van wetenschappers werkt (Leezenberg en De Vries, 2001).
- Protoprofessionalisering: de cognitieve uitwerking van professionalisering in kringen van leken (De Swaan, 1989).
- Protoprofessional: deskundige in de dop. Mensen oriënteren zich in het dagelijks leven steeds meer op de groundbegrippen en basishoudingen van professies waarbij zij de bijbehorende gedragsstandaard overnemen (De Swaan, 1989). Bijvoorbeeld patiënten die medisch jargon gebruiken of zorgverzekeraars die medische terminologie bezigen.
- Verstaan: interpretatiemethode waarbij uiterlijke verschijnselen in termen van innerlijke waarden of betekenissen worden verklaard. Uitgangspunt is de versmelting van horizonten waarbij de achtergronden van interpreterend subject en geïnterpreteerd object met elkaar in overeenstemming worden gebracht (Leezenberg en De Vries, 2001).

als hardheid van materiaal, maar niet als culturele expressie. Het begrijpen of het verstaan (het zogenoemde 'Verstehen') van een betekenis staat in de geesteswetenschappen centraal. De hermeneutiek is hier de techniek van het begrijpend interpreteren. Voor uitleg van de diverse begrippen zie intermezzo 1.

Het is de valkuil van natuurwetenschappers om sociale feiten als natuurgegevens te behandelen en de maatschappelijke schijn voor de werkelijkheid te houden. Het zonder meer overstappen van het ene domein naar het andere, daarbij gebruikmakend van de paradigma's van het ene domein in het andere, is methodologisch onjuist, niet te rechtvaardigen en praktisch onwerkbaar. Immers, indien gebruikers van een kennissysteem er niet dezelfde begripkaders op na houden, dan verwijzen zij verschillend naar de wereld.

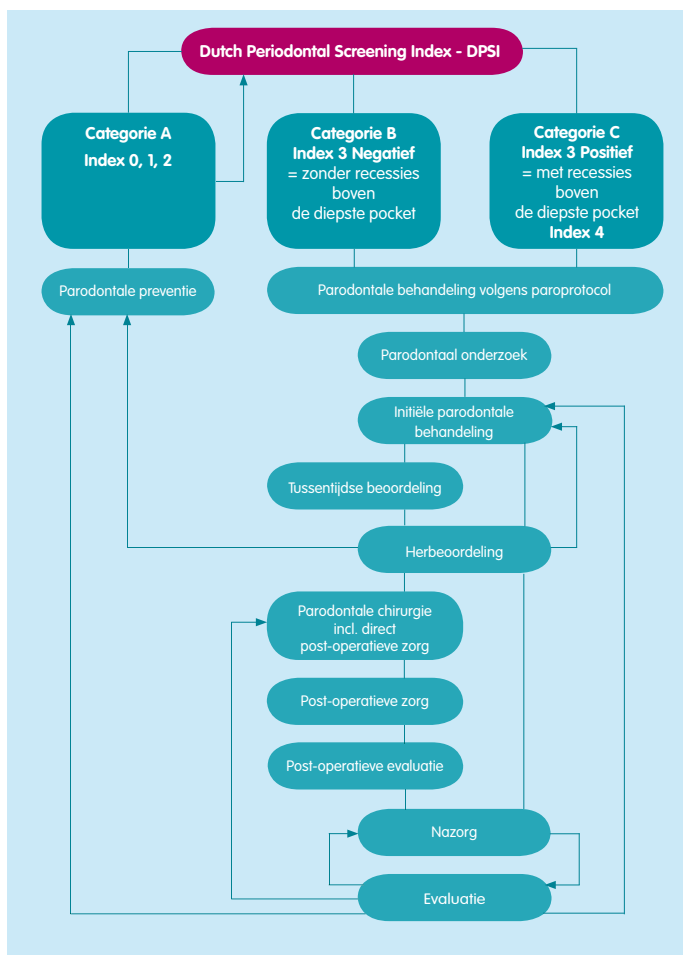
### Hoe worden richtlijnen nu gevalideerd?

De validering van richtlijnen door zorgverleners gebeurt vanuit een epistemologisch perspectief. Vanuit de aanwezige kennis wordt getoetst of de richtlijn voldoet en of de richtlijn tot meer kennis kan leiden. Protoprofessionals beoordelen richtlijnen vanuit een ontologisch perspectief. Kernbegrippen hierbij zijn technische modelvalidatie, realiteit, en objectief meetbaar. Wetenschapsfilosofisch is er tussen de zorgverleners en de protoprofessionals sprake van een domeinverwarring wanneer zij samen richtlijnen beoordelen. Bij de validering van richtlijnen wordt daarvoor enerzijds gebruikgemaakt van begrippen en kennis uit het professionele paradigma (met een belangrijke natuurwetenschappelijke grondslag) en anderzijds met begrippen en kennis uit het publieke protoprofessionele domein. Dit heeft als directe consequentie dat validering van richtlijnen geen eenvoudige zaak is en dit is terug te zien bij het AGREE-instrument dat wordt gebruikt om de methodologie en transparantie van richtlijnontwikkeling te beoordelen (AGREE, 2009). AGREE staat voor 'Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation'. Op basis van 6 domeinen worden richtlijnen beoordeeld. Dit systeem is echter nog niet overtuigend gevalideerd (Wiersma et al, 2004) en ook Burgers en Boluyt (2004), die NHG-standaarden beoordelen en valideren, lopen tegen interpretatieproblemen aan (Wiersma et al, 2004).

Bij de validatie van richtlijnen kunnen de 3 kennisdomeinen door elkaar lopen. Ten eerste wordt de validatie van een richtlijn beschreven in wiskundige taal. Bijvoorbeeld bij toepassing van het AGREE-instrument kan de conclusie zijn: "op 3 domeinen (methodologie, toepassing en onafhankelijkheid) scoort de richtlijn significant hoger dan de gemiddelde norm van richtlijnen". Dit kan zeer overtuigend overkomen omdat de bewijskracht gerelateerd wordt aan de zelfevidentie van de wiskunde. Vervolgens vindt validatie plaats op basis van prestatie-indicatoren van de in het citaat genoemde domeinen door empirische waarnemingen. Per definitie is dat een ontologisch perspectief, terwijl de richtlijn is geschreven vanuit een epistemologisch perspectief. Dit fundamentele kennistheoretische probleem betekent dat de kennisanspraken vanuit het ontologisch perspectief niet op grond van het epistemologische perspectief gerechtvaardigd kunnen worden. Ten slotte ontbreekt de validatie vanuit het epistemologische perspectief van de (mond)zorgverlener. De validatie door de zorgverlener krijgt vorm in het gebruik van de richtlijn binnen de beroepsgroep (het professionele paradigma).

Burgers, die betrokken was bij de ontwikkeling van het AGREE-instrument en later bij de ontwikkeling van richtlijnen, geeft ruiterlijk toe dat voor een "betrouwbare uitspraak over de kwaliteit van een richtlijn (...) eveneens een klinisch oordeel nodig (is) van een expert op het gebied van de richtlijn" (Burgers en Boluyt, 2004).

De validering van richtlijnen is op dit moment nog niet goed mogelijk. Het is de vraag of dit al met al mogelijk is. Enerzijds ligt er een funderingsverschil van kennis aan ten grondslag. Anderzijds verschilt de validatienorm tussen



Afb. 3. Diagram uit paro-protocol van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie.

zorgverleners en protoprofessionals. Het is aan te bevelen om van validatie van richtlijnen voor protoprofessioneel gebruik voorlopig af te zien totdat betrouwbare en zinvolle instrumenten voorhanden zijn. Tot die tijd kan wel een professionele validatie van klinische richtlijnen plaatsvinden. Het verdient aanbeveling om een ideale validatienorm te gebruiken. Alleen in dat geval is de norm vakinhoudelijk getoetst en is er een verbinding met de kennis in de richtlijn.

### Werking van richtlijnen

De transformatie van richtlijn voor de zorgverlener naar normatief instrument om de zorgverlener te toetsen is ook in de mondzorg gaande. Een voorbeeld is de invoering van het 'Paro-protocol' in 1998 (NVvP, 1998). De intentie was om met de richtlijn parodontale problematiek efficiënt en effectief op basis van de geldende 'evidence' te behandelen. Na een screening (DPSI) volgde een stappenplan waarbij voortdurend op basis van nieuwe bevindingen het plan kan worden bijgesteld dan wel afgerond (afb. 3).

Al bij de introductie werd het heuristisch (zie intermezzo 1) aspect benadrukt. Waar het protocol zelf geen informatie geeft, wordt bijvoorbeeld in een bijdrage van Tinsel expliciet geïnstrueerd waar gemeten moet worden (furcaties), waar niet (pseudopockets derde molaren) en dat niet elke patiënt behandeld moet worden (Tinsel, 1998). Er was oog voor het juridisch perspectief (het goed vastleggen van onvoldoende motivatie van de patiënt om

aansprakelijkheid op basis van 'supervised neglect' te voorkomen) (Tinsel, 1998). Ten slotte werd de introductie ondersteund vanuit een invoeringsbegeleidingscommissie met afgevaardigden uit de wetenschappelijke vereniging NVvP, het College van Adviserend Tandartsen, Zorgverzekeraars Nederland en de beroepsorganisatie (K)NMT. Hoe is het dit protocol sindsdien vergaan?

Helaas zijn veel data niet beschikbaar omdat de periodieke evaluatie van richtlijnen geen onderdeel is van de richtlijn zelf. In 2004 werd de DPSI door 52% van de tandartsen bij het periodiek mondonderzoek gescoord (Mettes et al, 2004). Van der Velden (2009) toonde aan dat een kwart van de Nederlandse tandartsen de DPSI-screening ruim 10 jaar na invoering niet uitvoert. De effectiviteit van het in 1998 ingevoerde paro-protocol blijft daarmee achter in haar doelstelling (Schaub, 2010). De conceptie van het protocol en de screeningsindex blijken in de praktijk niet alleen slecht te worden geoperationaliseerd, het protocol wordt ook door zorgverzekeraars gebruikt om patiënten uit te sluiten van verzekeringen en vergoedingen te marginaliseren. Het paro-protocol kent bijvoorbeeld een cyclisch verloop van behandelstappen met feedbackcontrole, terwijl verzekeringspakketten vaak een eenmalige (beperkte) vergoeding van behandelingen bevatten (Craandijk, 2000).

De juridische gevolgen van de invoering van het paro-protocol zijn elders uitgebreid beschreven (Brands en Van der Ven, 2015). Kernpunt is dat het paro-protocol na de publicatie in 1998 onderdeel is geworden van de professionele standaard en dat behandeling in strijd met dit protocol in beginsel juridisch verwijtbaar is (Brands et al, 2013). Actueel is dat in het huidige paro-protocol geen rekening wordt gehouden met het op te stellen zorgplan en zorgdoel dat patiënt en behandelaar voor ogen staan. Dat heeft als merkwaardige consequentie dat een zorgplan dat gericht is op afbouw van de dentitie en een gebitsprothese in strijd is met het paro-protocol (en dus met de professionele standaard) en daarmee een juridisch verwijtbaar plan is.

Het paro-protocol heeft een onbedoelde transformatie ondergaan. Het blijkt in de praktijk slecht geoperationaliseerd en heeft tevens geleid tot het uitsluiten van patiëntengroepen en het marginaliseren van vergoedingen door zorgverzekeraars. Uiteindelijk heeft het protocol een juridificerende werking gekregen.

### Het actualiseren van richtlijnen

De hierboven genoemde tekortkomingen hangen samen met de concrete toepassing van richtlijnen. Het opstellen en de implementatie van richtlijnen vraagt zorgvuldigheid. Een voorbeeld is de 'Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen' (Hoeksema et al, 2016). Grofweg 10 jaar na de invoering van deze richtlijn blijkt dat de implementatie sterk te wensen overlaat. Belangrijke oorzaken zijn onvoldoende beschikbare behandelstijd, onvoldoende bekostiging van de uitvoering van de richtlijn in zorginstellingen en onvoldoende borging van de behandelafspraken door de behandelaar.

Maar ook het periodiek controleren en actualiseren van

een richtlijn is essentieel (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). De vraag is of dat wel praktisch uitvoerbaar is. In het Leids Universitair Medisch Centrum zijn nu zo'n 20.000 richtlijnen in werking (Trimbos, 2015). Kan van een zorgverlener bij zulke grote aantallen het correct hanteren van protocollen en richtlijnen nog worden verlangd? Een belangrijk doel van richtlijnen was immers het vergroten van kwaliteit in het zorgproces en transparantie voor alle betrokken partijen. Daarenboven vraagt het actualiseren van richtlijnen de nodige inspanningen. Van de *Wet infectiepreventie* was in juni 2015 84% van de richtlijnen verlopen (De Kwant, 2015). Het lijkt erop dat het beheren van richtlijnen en het herimplementeren van herziene richtlijnen een Sisyfusarbeid wordt. Is dit nog wel uitvoerbaar en betaalbaar?

Voordat het startschot wordt gegeven om nieuwe richtlijnen op te stellen, is het verstandig om te onderzoeken of het opstellen van richtlijnen nog wel werkbaar is en of de doelstelling van richtlijnen wordt gehaald. Een kostenbatenanalyse van de bestaande richtlijnen is daarbij gewenst. Zonder deze data ontstaat het risico dat richtlijnen een bureaucratische last zullen worden die niet bijdraagt aan het vergroten van de kwaliteit van zorg. Denkbaar is evenwel dat de vraag naar meer richtlijnen vooral politiek gestuurd is. De vraag naar meer richtlijnen dient dan een ander doel dan oorspronkelijk vanuit de professie werd gewenst. In de rechtssociologie is dat een bekend fenomeen. Een goed voorbeeld hiervan is de casus van Aubert (1987) over de *Wet op het huishoudelijk personeel* (1948, Noorwegen). Deze wet werd aangenomen vanwege een gewenste betere arbeidsbescherming van dienstboden. De arbeidsomstandigheden van de dienstboden bleken echter na invoering van de wet volstrekt niet te zijn verbeterd. Twee factoren bleken de effectiviteit en de effectieve handhaving te hebben tegengewerkt. Ten eerste het juridisch taalgebruik en ten tweede het verband tussen de inhoudelijke en procedurele bepalingen in de wet. De oorzaak hiervan was dat de wet het product was van consensuspolitiek ten tijde van een kabinetcrisis. Alle betrokken partijen hadden belang bij de totstandkoming van symboolwetgeving die de betrokken partijen maximale ruimte gaf tot interpretatie. De les uit deze casus was dat het gezamenlijk opstellen van een richtlijn of wet met partijen afkomstig uit verschillende kennisdomeinen gedoemd is te mislukken. Wetenschapsfilosoof Thomas S. Kuhn heeft dit wel de incommensurabiliteitstheese genoemd (zie intermezzo 1), waarmee hij bedoelt dat onderzoekers die zich aan verschillende paradigma's oriënteren hun onderwerp van studie niet op dezelfde manier verwoorden; zij praten langs elkaar heen, hebben uiteenlopende associaties bij de termen die worden gebruikt en zij zien heel verschillende problemen (De Vries, 1985). Zo zal de professie met het eigen begrippenkader en theoriegeladenheid de richtlijn gebruiken om gefundeerd tot de juiste behandelbeslissing voor de individuele patiënt te komen. De realiteit is echter dat de richtlijnen ook buiten de oorspronkelijke doelstelling en buiten de professie worden gebruikt.

Naast deze kennistheoretische bezwaren zijn er ook alledaagse praktische bezwaren tegen het buiten de professie gebruiken van richtlijnen. Uiteindelijk gaat het immers om de patiënt en de kwaliteit van de zorgverlening. De vraag kan worden gesteld of de transformatie naar het protoprofessionele paradigma van de richtlijn werkelijk recht doet aan de oorspronkelijke doelstellingen van de te maken richtlijnen. Het is de vraag of het middel richtlijn een vanzelfsprekende keuze is om meer kwaliteit en veiligheid in de zorg te verkrijgen. Nu zoveel belanghebbenden deelnemen in het Zorginstituut voor de totstandkoming van richtlijnen, is het risico sterk aanwezig dat de effectiviteit van de richtlijnen voor de individuele patiënt beperkt blijft en dat de handhaving van de richtlijnen wordt bemoeilijkt.

Afsluitend: laat ons in de geest van Aristoteles de som van onze cognitieve vermogens bundelen en vanuit wijsheid de herkomst van de verschillende kennisdomeinen herkennen en erkennen.

### Aanbevelingen

Richtlijnen zijn gewenst en noodzakelijk binnen de professie. Niettemin zullen dezelfde richtlijnen gebruikt worden door derden om de professie te controleren en te sturen. De volgende aanbevelingen voor het opstellen van richtlijnen zijn daarom van belang:

- Het is noodzakelijk in de richtlijnen expliciet op te nemen vanuit welk paradigma (professioneel, juridisch, protoprofessioneel) de richtlijn begrepen moet worden.
- Op dit moment is validatie van richtlijnen slechts mogelijk binnen de professie. Validatie van klinische richtlijnen dient daarom voorbehouden te blijven aan de professie totdat een betrouwbaar instrument voorhanden is waarmee ook protoprofessioneel gevalideerd kan worden.
- Voor richtlijnen is een ideale validatienorm nodig zodat de norm vakinhoudelijk getoetst kan worden.
- In richtlijnen moet een exclusieartikel worden opgenomen om de behandelaar heuristische ruimte te geven voor zijn behandeling.
- Om symboolrichtlijnen te voorkomen: richtlijnen dienen primair door de zorgverleners zelf te worden opgesteld zodat de werking van de richtlijn is verzekerd.
- Borging van implementatie en actualisering van bestaande richtlijnen heeft prioriteit boven het opstellen van nieuwe richtlijnen.
- Aanpassing van artikel 2 lid 2 sub b WKKGZ waarbij de kwalificatie 'professionele' wordt gewijzigd in 'publieke'. Institutionaliseren van richtlijnen zoals bij het Zorginstituut Nederland heeft gevolgen (zie Craandijk, 2017).
- Vooraf dient bepaald te worden door de gezamenlijke partijen welke richtlijnen nodig zijn en welk doel zij precies moeten dienen, zodat de bekostiging, implementatie en onderhoud van de richtlijnen kan worden gewaarborgd.
- Onderzoek vooraf is nodig om te bepalen waar de kritische grens ligt van de hoeveelheid richtlijnen voor een professie, zodat de effectiviteit is geborgd.

- Betrokken partijen zullen zich moeten inspannen begrippen in het gebruikte paradigma te delen en overeenstemming over de betekenis van deze begrippen te krijgen. Ondersteuning vanuit de geesteswetenschappen is daarbij onontbeerlijk.

### Literatuur

- \* Ackrill JL. Aristoteles. Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, 2000.
- \* The AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009.
- \* Aubert V. Enkele sociale functies van wetgeving. In: Vakgroep Rechtsfilosofie Rijksuniversiteit Groningen. Een kennismaking met de rechtssociologie en rechtsantropologie. De effectiviteit van het recht. Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1987.
- \* Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 6. Het effect van zelfregulatie in de mondzorg. Ned tijdsch Tandheelkd 2013; 120: 547-553.
- \* Brands WG, Ven van der JM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 5. Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikkingsrecht. Ned Tijdsch Tandheelkd 2015; 122: 331-336.
- \* Burgers JS, Boluyt N. De kwaliteit van CBO-richtlijnen en NHG-Standaarden beoordeeld met het AGREE-instrument. Huisarts & Wetenschap 2004; 47: 394-399.
- \* Craandijk J. Verzekeraarbaarheid van parodontale zorg in 1999. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 50-56.
- \* Craandijk J. Betekenis en werking van richtlijnen 1. Enkele opmerkingen over paradigma's ten aanzien van richtlijnen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 13-20.
- \* Hoeksema AR, Meijer HJA, Vissink A, Raghoobar GM, Visser A. Een evaluatie van de implementatie van de 'Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen'. Ned Tijdsch Tandheelkd 2016; 123: 257-263.
- \* Leezenberg M, Vries G de. Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001.
- \* Kwant L de. 84 procent van de WIP-richtlijnen is verlopen. Medisch Contact 2015; 1921: 4-7. <http://www.medischcontact.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht-1/150102/84-procent-van-WIPrichtlijnen-is-verlopen.htm> (raadpleeg datum 28-11-2015).
- \* Mettes TG, Bruers JJM, Sanden WJM van der, Plasschaert AJM, Verdonchot EH. Het periodiek tandheelkundig controleonderzoek in Nederland. Een oriëntatie vanuit het tandartsperspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd 2004; 111: 338-344.
- \* NVvP. Protocol parodontale diagnostiek en behandeling. <http://www.nvvp.org/pages/informatie/protocol-parodontale-diagnostiek-en-beh.php> (raadpleeg datum 28-11-2015).
- \* Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- \* Schaub RMH. Proefschriften 25 jaar na dato 24. Belemmeringen bij effectieve parodontale behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 2010; 117: 573-578.
- \* Swaan A de. Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker, 1989.
- \* Tinsel LBG. Het parodontologie protocol. Nederl Milit Geneesk T 1998; 51: 77-112.
- \* Trimboos JBMZ. De brug. Afscheidscollege prof. dr. J.B.M.Z. Trimboos, 19 juni 2015. [https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2015/Trimboos-Prof-dr-J-B-M-Z-\(Afscheidscollege\)/](https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2015/Trimboos-Prof-dr-J-B-M-Z-(Afscheidscollege)/)
- \* Trum HMGJ. Over het normbegrip in de bouwkunde. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1979. Academisch proefschrift. <https://pure.tue.nl/ws/files/3492182/113697.pdf>
- \* Van der Velden U. The Dutch periodontal screening index validation and its application in The Netherlands. J Clin Periodontol 2009; 36: 1018-1024.
- \* Vries G de. De ontwikkeling van wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsfilosofie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1985
- \* Wiersma Tj, Flikweert S, Thomas S. Ingezonden brief. Huisarts en Wetenschap 2004; 12: 603-604.

### Visie

### Summary

**The significance and effect of guidelines 2. Observations concerning validation and recommendations with respect to guidelines**  
*The proper functioning of guidelines depends in part on correct validation. Validation requires an established norm. The professional and proto-professional paradigm uses different standards for validation based on different epistemological assumptions. Several different fundamental principles are also applied among healthcare professionals themselves. This leads to an insurmountable methodological difference whereby validation is not possible or meaningful at the moment. An important role seems reserved for the epistemology of the humanities to explain and interpret the guidelines. In addition, the operationalization of guidelines does not seem to be straightforward. The use of guidelines shows that unintended effects, such as the exclusion of patients from insurance and reimbursement, arise. In addition the number of guidelines is increasing to such an extent that implementation and enforcement are in danger of being compromised. Recommendations are made to monitor the significance and effect of guidelines.*

### Bron

J. Craandijk  
 Uit de Parodontologie Praktijk Leiden in Leiden  
 Datum van acceptatie: 4 oktober 2016  
 Adres: mr. J. Craandijk, Parodontologie Praktijk Leiden, 2316 ZZ Leiden  
[j.craandijk@ppleiden.nl](mailto:j.craandijk@ppleiden.nl)

### Verantwoording

Afbeelding 3, het diagram uit het paro-protocol, is gepubliceerd met toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP).