

Betekenis en werking van richtlijnen 1. Enkele opmerkingen over paradigma's ten aanzien van richtlijnen

Richtlijnen staan momenteel in de belangstelling. Belangrijke doelen van richtlijnen zijn het verbeteren van kwaliteit van zorg en het vergroten van de patiëntveiligheid. Vanuit taalkundige, juridische en (proto)professionele paradigma's wordt verschillend gedacht over de betekenis, reikwijdte en effectiviteit van richtlijnen. De onderliggende proposities zijn sterk verschillend. Door het ontbreken van eenduidigheid is onduidelijk wat richtlijnen moeten gaan toevoegen aan de kwaliteit van zorg. Bij het gebruik van het begrip richtlijn wordt onuitgesproken aangenomen dat de betekenis en werking van een richtlijn onveranderd blijft in een veranderde context. In essentie is dit een kennistheoretisch probleem dat tot op heden niet in het debat is opgenomen. Het gevolg is dat de werking van richtlijnen verandert van een ondersteunend instrument op patiëntniveau tot een afdwingbare norm voor sturing van het collectieve zorgproces. Daarnaast is het de vraag of het middel richtlijn een vanzelfsprekende keuze is om meer kwaliteit en veiligheid in de zorg te verkrijgen. Het wordt aanbevolen om de paradigmatische herkomst van richtlijnen te verankeren in de wet en in de richtlijnen zelf.

Craandijk J. Betekenis en werking van richtlijnen 1. Enkele opmerkingen over paradigma's ten aanzien van richtlijnen
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 13-20
 doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.01.16148>

Inleiding

In dit artikel wordt achtereenvolgens uiteengezet wat de betekenis van een richtlijn is en wat de achterliggende claims zijn vanuit de verschillende paradigma's. Vervolgens wordt ingegaan op hoe de werking van een richtlijn begrepen kan worden. In een volgend artikel wordt geanalyseerd hoe richtlijnen gevalideerd kunnen worden en ten slotte hoe de feitelijke werking van richtlijnen en onder welke voorwaarden plaatsvindt (Craandijk, 2017).

Eerst is de vraag wat een richtlijn is. Het beantwoorden van deze vraag kan vanuit verschillende kennisdomeinen worden benaderd. Een semantische benadering (zie intermezzo 1) vraagt naar de betekenis die de kleinste zelfstandige woordonderdelen hebben. Dit wordt het taalkundig paradigma (TP) genoemd. Bij 'richtlijn' zijn daartoe richten en lijn te onderscheiden. Etymologisch (intermezzo 1) zijn richten en lijn afkomstig uit de bouwkunde. Het was bedoeld als hulplijn bij het op handen zijnde bouwproject om tot de juiste vorm en maat of norm te komen. De intentie is dat maatvoering of normering en richting in de lege ruimte beschikbaar komt. Synoniemen zijn richtsnoer of rooilijn. Het betreft hier de materiële norm zoals de winkelhaak. De timmerman kan eenvoudig bij het gebruik van de winkelhaak een rechte hoek aftekenen en later controleren met diezelfde winkelhaak of de hoek inderdaad recht is (Trum,

1979). Met het toepassen van de norm in de richtlijn wordt een voorspelbaar resultaat bereikt met de gewenste eigenschappen. In dat geval kan het volgen van de norm volgens het taalkundig paradigma een kwaliteitsgarantie inhouden.

Een tweede perspectief op het begrip 'richtlijn' is het professionele paradigma (PP). Zorgverleners komen bij een probleemstelling tot een gefundeerde beslissing na een voorafgaand zoek- en denkproces. Dat is een heuristisch proces (heuristisch is het zoek- en denkproces dat aan het nemen van een beslissing vóóraf gaat, zie intermezzo 1). Voor zorgverleners is een heuristisch proces belangrijk, omdat dit inzichtelijk maakt hoe, wanneer en op welke gronden keuzen worden gemaakt en uiteindelijk een onderbouwde behandelbeslissing wordt genomen. Daarnaast leidt het gebruik van een zoek- en denkproces tot nieuw inzicht en kennisvorming. Dat kan op kleine schaal (de zorgverlener krijgt meer ervaring en expertise) of op meta-niveau (gerandomiseerd onderzoek naar behandel-effectiviteit). Voor het professionele paradigma betekent dit dat bij een probleemstelling de richtlijn een vertrekpunt is om tot een gefundeerde beslissing te komen. Een kenmerkend verschil met het taalkundig paradigma is dat het heuristisch proces tot een andere beslissing kan leiden dan dat wat de richtlijn beschrijft; anders gezegd, de norm in de richtlijn is niet absoluut. Tevens kan het proces van beraadslaging leiden tot nieuwe inzichten en kennis. Het

Intermezzo 1. Begrippenlijst

- Epistemologisch, afgeleid van epistemologie: kennisleer; filosofisch vakgebied dat de vraag bekijkt wat kennis is en hoe kennis aanspraken gerechtvaardigd kunnen worden (Leezenberg en De Vries, 2001).
- Etymologisch, afgeleid van etymologie: is de wetenschap die de herkomst en geschiedenis van woorden onderzoekt.
- Heuristisch: het zoek- en denkproces dat aan het nemen van een beslissing vóóraf gaat.
- Indexicale zin: deze verwijst naar aspecten van de context waarin een uitspraak wordt gedaan: de spreker, de hoorder, het tijdstip van spreken, de plaats, enzovoort (Stokhof, 2000).
- Ontologisch, afgeleid van ontologie: leer van het zijnde. Object van onderzoek zijn alle entiteiten die 'zijn'.
- Protoprofessionalisering: de cognitieve uitwerking van professionalisering in kringen van leken (De Swaan, 1989).
- Protoprofessionals: professional in de dop. Mensen oriënteren zich in het dagelijks leven steeds meer op de grondbegrippen en basishoudingen van professies waarbij zij de bijbehorende gedragsstandaard overnemen (De Swaan, 1989).
- Semantisch, afgeleid van semantiek: betekenisleer.

Intermezzo 2. De evolutie van het begrip 'rooilijn'

Beschrijving van het woord rooilijn (Haslinghuis, 1970)

Rooilijn: [van rooi = streep]. Door de overheid vastgestelde scheiding tussen openbare en particuliere grond die bij de bouw van huizen niet overschreden mag worden en met betrekking tot welke kleine uitsteken als stoep, bordes, hek, luifel, pothuis, uitkragingen aan verboden, beperkingen, precario's onderworpen kunnen worden. In de definitie is enerzijds sprake van een materiele scheiding en richting. Anderzijds is er een normering: de overschrijding van de norm heeft juridische consequenties.

taalkundig paradigma is gericht op 'de dingen in de wereld om ons heen' en is daarmee ontologisch van aard (zie intermezzo 1). Daarentegen is het professionele paradigma gericht op kennis en is epistemologisch (intermezzo 1). De consequentie van dit verschil kom in het tweede artikel aan de orde (Craandijk, 2017).

Het juridisch paradigma (JP) gaat uit van een juridische uitleg van een richtlijn, die minder vrijblijvend is dan de taalkundige. In het juridisch paradigma is een richtlijn een voorschrift dat in beginsel gevolgd dient te worden. De onderliggende norm is verbindend voor de groep waar de richtlijn voor geldt. In dit paradigma wordt de norm in de richtlijn naast het gebruik vóóraf ook gebruikt om in situaties achteraf zowel het resultaat te beoordelen als te normeren. Een goed voorbeeld is hoe het begrip rooilijn in de bouwkunde is geëvolueerd is van hulpmiddel vooraf tot normstellend achteraf (intermezzo 2).

De 3 methodologische paradigma's zijn het uitgangspunt van de betekenisanalyse van richtlijnen. De onderliggende proposities van de richtlijn in de 3 paradigma's zijn achtereenvolgens:

- Een richtlijn bevat een norm (TP).
- De norm in de richtlijn is materieel en meetbaar/verifieerbaar (TP).
- Een richtlijn is vertrekpunt voor een heuristisch proces (PP).
- Een richtlijn leidt door middel van beargumenteerde keuzen tot een probleemoplossing en nieuwe kennis (PP).
- Een richtlijn dient in beginsel te worden gevolgd (JP).
- Afwijken van een richtlijn wordt gesanctioneerd (JP).

De 3 paradigma's ontwikkelen zich ten slotte tot een vierde: het protoprofessionele paradigma (afb. 1).

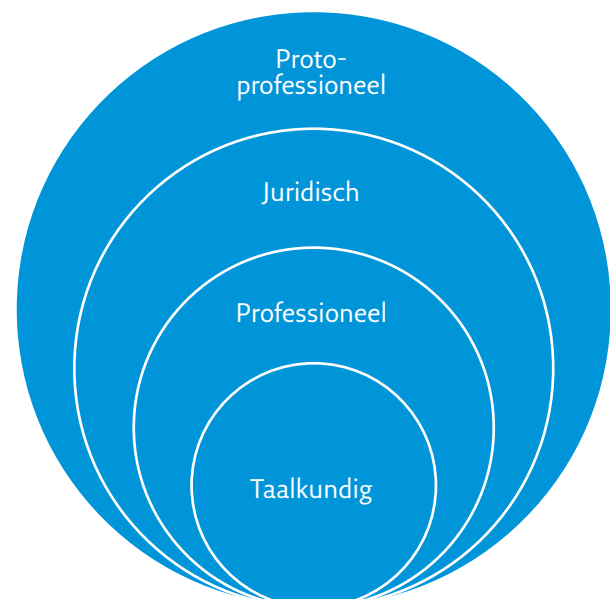
Het taalkundig paradigma en achterliggende claims

In de benadering van het taalkundig paradigma van een richtlijn staan normen en standaarden centraal. Een standaard is een materiële norm die als vergelijkingsobject wordt gebruikt. Door standaarden te gebruiken, kan worden gemeten. Meten is het vergelijken van een grootheid met een op die grootheid betrekking hebbende eenheid. Door de eenheid te standaardiseren kunnen afwijkingen worden aangetoond en correcties worden uitgevoerd. De

standaard biedt op zichzelf geen ruimte tot oordelen. Het is zoals het is. Het toepassen van de richtlijn kan leiden tot de juiste referentie en maatvoering.

Het woord 'richten' impliceert een referentie, een standaard. In het woord richten is tevens een connotatie van het Duitse 'richtig', het juiste, te vinden. De betekenis krijgt hiermee een normatieve lading. Dit zou impliceren dat slechts datgene wat volgens de richtlijn is uitgevoerd juist is. Deze aanname is echter een denkfout. De gedachte zou dan zijn: het gebouw is gemaakt volgens de richtlijn en daaruit volgt, logisch redenerend, dat (omdat de verhoudingen kloppen) het gebouw daardoor het juiste gebouw is geworden. Deze gevolgtrekking is echter incorrect. Deze beoordeling hangt immers van andere factoren af, zoals het doel en de context waar het gebouw voor is gemaakt. Het verbinden van de praktische toepasbaarheid en de normatieve werking van een richtlijn leidt tot onjuist gebruik van die richtlijn en mogelijk tot onjuiste conclusies. In de fundamentele betekenis van de richtlijn ligt alleen de claim besloten van de maatvoering. Met andere woorden: de standaard omvat geen oordeel over het al dan niet voldoen aan de norm.

Doordat de standaard geen normatieve werking heeft, is deze goed te gebruiken in de meet- en regeltechniek. Bedrijfsprocessen kunnen door middel van de standaard beoordeeld worden op de gewenste uitkomst volgens de maatvoering. Diverse kwaliteitssystemen met ISO-normen zijn hierop gebaseerd voor bedrijfsprocessen. Ook in de gezondheidszorg heeft de vraag naar kwaliteit geleid tot de opzet en implementatie van kwaliteitssystematiek. Een goed voorbeeld zijn de kwaliteitsmanagementsystemen zoals ISO Health en HKZ die gericht zijn op het handhaven van een specifieke norm. Voor de zorg zijn deze normen goed te implementeren; zij zijn gericht op het voortdurend meten, verbeteren en borgen van de bedrijfsprocessen. Ook het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland maakt gebruik van gegevensregistraties.



Afb. 1. Verschillende paradigma's bij het gebruik van richtlijnen.

Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra leveren al periodiek datasets aan op basis van een meetinstrument. De beoordeling van het meetinstrument geschiedt door het Kwaliteitsinstituut.

De onderliggende proposities in het taalkundige paradigma (een richtlijn bevat een norm en deze is fysiek meetbaar en verifieerbaar) zijn in tegenspraak met elkaar wanneer richtlijnen normatief worden gebruikt en bij immateriële zaken (gezondheid, kwaliteit van leven, enzovoorts).

Het professionele paradigma en achterliggende claims

In *het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* wordt al in 1921 gesproken over richtlijnen, maar dan als richtsnoer in de politieke activiteiten van de sociale tandheelkunde (Anonymous, 1921). In 1995 wordt in het standaardwerk over gezondheidsrecht onder een richtlijn verstaan *“enigerlei handelingsinstructie voor zorgvuldig professioneel handelen in de zorg. Richtlijnen zijn gericht op professionals in de zorg en structureren (mede) het besluitvormingsproces, ondersteunen de arts, helpen hem zorgvuldig te handelen en dragen op deze wijze bij aan het leveren van verantwoorde zorg”* (Leenen et al, 2008). Over de omvang en uitgebreidheid van de richtlijn wordt opgemerkt dat deze *“mede met het oog op de praktische hanteerbaarheid ervan, niet (hoeft) te vermelden wat artsen op grond van hun vakkennis al zouden moeten weten”* (Leenen et al, 2008). Richtlijnen zijn vanuit dit perspectief de uitdrukking van de medisch-professionele standaard.

In vergelijking met het taalkundig paradigma, waar richtlijnen absoluut toepasbaar zijn zonder normatieve werking, is de betekenis van richtlijnen in het professionele paradigma radicaal opgeschoven naar ‘slechts dan toepasbaar nadat een normatieve beoordeling heeft plaatsgevonden’. In het professionele paradigma is de richtlijn vertrekpunt voor een heuristisch proces. Het is evident dat de taalkundige betekenis van de term ‘richtlijn’ als referentie voor de juiste beslissing in tegenspraak is met de betekenis van ‘richtlijn’ als startpunt voor kennisvorming.

Voor het tandheelkundig onderwijs wordt heuristiek al bijna 35 jaar ingezet om systematisch complexe problemen op te lossen (Groeneveld en Steffanie, 1981; Verdonchot en Nash, 1982). Dit betreft dan vooral problemen die zich voordoen in het natuurwetenschappelijk domein. Tandheelkunde is een wetenschapsgebied dat echter niet alleen natuurwetenschappelijke grondslagen kent, maar ook vanuit de humaniora (geesteswetenschappen). Traditioneel wordt aangenomen dat natuurwetenschappen zich richten op het verklaren van en beschrijven van feiten. Humaniora richten zich op interpretaties van cultuurproducten. In de natuurwetenschappen concurreren theorieën met elkaar terwijl in de humaniora verschillende interpretaties naast elkaar kunnen bestaan (Leezenberg en De Vries, 2001). Dat betekent dat de legitimatie van kennis vanuit de natuurwetenschappen en vanuit de humaniora methodologisch verschillend is.

Dit verschil in legitimatie komt vooral naar voren bij de

natuurwetenschappelijke grondslag van het Nederlandse tandheelkundige curriculum. De rol van evidencebased-denken wordt hier steeds belangrijker. Evidencebased tandheelkunde is het systematisch integreren van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in het nemen van beslissingen op het gebied van de mondzorg en is gericht op de individuele patiënt (Den Dekker, 2012). In het Raamplan Tandheelkunde zijn de eisen vastgelegd die aan een tandarts worden gesteld. In deze eisen is bijvoorbeeld opgenomen dat een tandarts zich ook na het afstuderen ontwikkelt en kan uitgroeien tot ‘experienced’ of ‘expert’ in zijn vakgebied. Belangrijke pijlers hierbij zijn zelfkennis en reflectie (De Rijk en Kreulen, 2007). Daarnaast is het van belang de kennis op peil te houden door evidencebased klinische richtlijnen te raadplegen (Van der Sanden et al, 2007). Ook hier is de opvatting dat richtlijnen het klinisch beslisproces ondersteunen met de best voorhanden zijnde klinische bewijslast voor zowel behandelaar als patiënt. Hier ontstaat voor tandartsen een spanning tussen de interpretatie van richtlijnen (uit het domein humaniora) en het toepassen van wetmatigheden (domein natuurwetenschappen). Deze kennisdomeinverstrengeling neemt toe doordat tandartsen niet alleen werken. Op metaniveau wordt vanuit de bestuurscultuur gesproken over een zorgmarkt waar naast de aanbieders van zorg ook zorgverzekeraars, marktmeesters en overheid een belangrijke rol spelen. Deze participanten hanteren bij uitstek niet de natuurwetenschappelijke methodologie (verklaren) maar die vanuit de geesteswetenschappen (interpretatie).

Het juridische paradigma en achterliggende claims

De betekenis van het begrip richtlijn is in de tijd aan verandering onderhevig. Richtlijnen worden al lang niet meer alleen materieel (tastbaar zoals een meetlat in de bouwkunde) gebruikt; zij zijn ook een immaterieel (talig, niet-tastbaar) richtsnoer geworden. Een goede vergelijking valt te maken met de juridische instructienorm of de juridificatie van gedrag. Het schriftelijk vastleggen van gewenst en ongewenst gedrag in wet en regelgeving is een juridisch vak. De kennisclaim is hier dat met de beschrijving van de specifieke situatie, deze ook gecontroleerd kan worden. De werkelijke crux bevindt zich echter bij de uitleg. Voor rechtsinterpretatie is sinds de Romeinse tijd een aparte wetenschap ontwikkeld om rechtsgevolgen van een regel of uitspraak te duiden. Het inzicht dat een tekst uitleg behoeft, impliceert acceptatie van de autonomie van een tekst. Rechtshistorisch wordt dat duidelijk bij bijvoorbeeld de hiermee afwijkende opvatting van de achttiende-eeuwse filosoof Montesquieu, die meende dat rechters slechts de geschreven wet dienden toe te passen zonder dat zij deze mochten interpreteren. De rechter als *‘bouche de la loi’*. Deze gedachte, het misverstand dat teksten op zichzelf staan en steeds dezelfde betekenis hebben voor iedere ontvanger, blijkt hardnekkig. Dat gebeurt niet alleen in de juridische context. Een fundamenteel filosofisch probleem

Intermezzo 3. Het filosofisch betekenisprobleem in vogelvlucht

De betekenisleer in de taal filosofie heeft betrekking op de verhouding tussen 3 elementen: taal, denken en werkelijkheid. Traditioneel zijn er 3 filosofische benaderingen die ofwel 1 element dan wel de relatie tussen deze elementen als uitgangspunt neemt: mentalisme, platonisme en directe verwijzing.

Mentalisme

Het mentalisme gaat uit van de relatie tussen taal en denken. Dat betekent dat een talig teken en een mentale entiteit een vaste relatie hebben. De mentale entiteit wordt 'gecodeerd' in een talig teken, de ontvanger van het talig teken 'decodeert' dit weer tot mentale entiteit. In schema:

Gedachte (spreker) → coderen tot → zin (taal) → decoderen tot → gedachte (ontvanger)

Deze betekenisopvatting is sterk intuïtief en daardoor overtuigend. Het centrale probleem van het mentalisme is dat alles draait om 'vertalen'. De mentale entiteit wordt 'vertaald' tot talig teken en vice versa. Dat impliceert dat de mentale entiteit vertaalbaar is en zich gedraagt als een taal. Dat betekent dan weer dat de vertaling op zichzelf geen betekenis heeft. Op deze wijze kan geen kennis worden verkregen van de betekenis van de talige entiteit noch van haar relatie met de werkelijkheid. De intersubjectiviteit van betekenis kan niet worden gegarandeerd.

Platonisme

Het platonisme poogt de problemen van het mentalisme te pareren. Naast het domein van de zintuiglijk waarneembare werkelijkheid en de het domein van de gedachten is er een zelfstandig domein van betekenissen. In schema:

(Denken / taal) → Betekenissen → Werkelijkheid

In deze betekenisopvatting ligt bij de taal het zwaartepunt. Taal en denken worden op dezelfde wijze via de betekenissen verbonden aan de werkelijkheid. De winst boven het mentalisme is dat betekenissen verwijzen naar een situatie in de werkelijkheid. Een probleem is echter dat betekenis niet gelijk staat aan verwijzing. Een voorbeeld is de redenering:

Het is noodzakelijk dat $9 = 9$

$9 =$ het aantal der planeten

Dus: Het is noodzakelijk dat $9 =$ het aantal der planeten

De logicus Frege introduceerde hiervoor het onderscheid tussen de 'Sinn' en de 'Bedeutung' van uitdrukkingen. Bedeutung (het aangeduide) is voor Frege de waarheidswaarde. Dat is de omstandigheid of iets waar of onwaar is. Sinn (betekenis) is datgene dat vertaald moet worden om in verschillende talen hetzelfde uit te drukken. Dat betekent dat alle ware zinnen qua Bedeutung voor hetzelfde staan, namelijk het 'Ware'. Qua Sinn zijn alle ware zinnen verschillend. Belangrijke kritiek op Freges platonistische taalopvatting is dat een theorie van betekenis niet hetzelfde is als een theorie van begrijpen.

Directe verwijzing

In de theorie van de directe verwijzing staat betekenis niet los van de actuele werkelijkheid, maar speelt het een actieve (constitutieve) rol in de totstandkoming van betekenis. Het mentalisme en platonisme vallen binnen een descriptivistisch kader. De centrale aanname hierbij is dat er een intrinsieke relatie bestaat tussen betekenis enerzijds en kennis en aard van de werkelijkheid anderzijds. Een tweede veronderstelling is de semantische competentie: de betekenis van een uitdrukking is een individueel bezit. Dit geeft de volgende 3 functies van betekenis: een metafysische, een semantische en een cognitieve functie. Een tekortkoming in de theorie van Frege is dat een indexicale zin (zie intermezzo 1) naast een wisselende inhoud ook een vaste betekenis heeft. Bijvoorbeeld de zin "*Ik heb honger*" drukt bij verschillende sprekers iets verschillends uit, terwijl de betekenis constant blijft. Een tweede tekortkoming komt aan het licht bij verwijzingen naar natuurlijke soorten en eigen namen. Uit het werk van Putnam en Kripke komt naar voren dat deze uitdrukkingen niet verwijzen via Sinn, maar causaal via mechanismen in het domein van de Bedeutung (Groenendijk en Stokhof, 1998; Stokhof, 2000).

met taal is gelegen in de verwijzings- en funderingsproblematiek (intermezzo 3).

Bij de toepassing van de richtlijn in het juridisch paradigma ontstaat een spanningsveld tussen juristen en zorgverleners dat door Mackor (2011) wordt gesignaleerd. Waar juristen een regel vooral zien als een voorschrift dat in beginsel dient te worden opgevolgd, tenzij zich een bijzondere omstandigheid voordoet, is voor de zorgverlener een regel vooral een hulpmiddel om tot een goede beslissing te komen. Zorgverleners zijn dan ook bang dat het karakter van richtlijnen, die eerst bedoeld waren om de kwaliteit van de professionele besluitvorming te verbeteren, in de loop der tijd verandert. Richtlijnen zijn dan niet meer ondersteunend maar worden normatief. Ze krijgen

een beperkende werking, omdat afwijken van de richtlijn door de eigen professe wordt afgewezen en ook in tuchtzaken een rol kan gaan spelen. Ten slotte kunnen richtlijnen door anderen buiten de zorgkolom, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, tuchtraden, klachtencommissies, management, zorgverzekeraars of adviesorganen, worden ingezet om het zorgproces te sturen. Afwijken van de richtlijn betekent dan ongewenst gedrag en daar wordt op afgerekend. In dat laatste stadium wordt de richtlijn buiten de competentie van de zorgverlener ingezet voor een doel waar de richtlijn niet voor is bedoeld (Mackor, 2011). Voor de jurist is de richtlijn een vorm van zelfregulering met rechtsgevolgen. Voor de zorgverlener is de richtlijn een heuristisch instrument.

Intermezzo 4. Richtlijnen

Volgens artikel 66b van de Zorgverzekeringswet

1. Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij waarin op voordracht van organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk dan wel van de Adviescommissie Kwaliteit een professionele standaard of een meetinstrument wordt opgenomen.
2. Het Zorginstituut stelt een beleidsregel vast op basis waarvan wordt beoordeeld of een professionele standaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een specifiek zorgproces en een meetinstrument kan worden aangemerkt als een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.
3. Het Zorginstituut neemt een overeenkomstig het eerste lid voorgedragen professionele standaard of meetinstrument niet op in het openbaar register indien deze niet voldoet aan de beleidsregel, bedoeld in het tweede lid.

Volgens artikel 2 WKKGZ

1. De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.
2. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
 - a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;
 - b. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z van de *Zorgverzekeringswet*, en;
 - c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.
3. In afwijking van het eerste lid verleent een alternatieve zorgaanbieder slechts zorg die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

Het protoprofessionele paradigma en achterliggende claims

Ten slotte is er een vierde perspectief: de protoprofessionalisering. Het is de cognitieve uitwerking van professionalisering in kringen van leken (De Swaan, 1989). Dat betekent dat leken de gebeurtenissen in hun eigen leven, op bijvoorbeeld het gebied van gezondheid, definiëren in termen van basisbegrippen van professies die geacht worden daarvoor te zorgen. Op dit moment zijn richtlijnen als uiting van professionele standaarden niet langer alleen gericht op artsen, maar uitdrukkelijk ook juridisch voor cliënten en zorgverzekeraars (*Zorgverzekeringswet* artikel 66b lid 1). Het mandaat om richtlijnen aan te merken als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een spe-

cifiek zorgproces ligt nu bij het Zorginstituut Nederland (*Zorgverzekeringswet* artikel 66b lid 2). En waar artsen in 2001 nog van de richtlijn mochten en – onder omstandigheden (in het belang van een goede patiëntenzorg) – moesten afwijken, is afwijking van de richtlijnen op voorhand niet meer mogelijk. Dat geldt bepaaldelijk voor de richtlijnen die zijn opgenomen door het Zorginstituut Nederland op grond van de *Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg* (WKKGZ, artikel 2 lid 2). Zie intermezzo 4 voor wat onder richtlijnen wordt verstaan volgens artikel 66b van de *Zorgverzekeringswet* en artikel 2 van de WKKGZ.

Veel zorgverleners denken echter nog steeds dat afwijken van een richtlijn mogelijk is, indien zij dat beargumenteren. Expliciet is echter in de WKKGZ opgenomen dat de richtlijnen die in het register van het Zorginstituut zijn opgenomen, onderdeel zijn van de professionele standaard en dat zorgverleners handelen in overeenstemming met deze standaard (lees: richtlijnen). Het niet meer kunnen afwijken van richtlijnen staat echter haaks op de toepassing van richtlijnen in de praktijk. Het is nog steeds de verantwoordelijkheid van een zorgverlener om afgewogen keuzes te maken die gericht zijn op de individuele patiënt (Burgers, 2015). De beslissing over wat een klinische richtlijn is en wat daardoor tot de professionele standaard behoort, ligt nu echter bij 'protoprofessionals' (zie intermezzo 1), en wel het Zorginstituut Nederland.

Het speelveld van de zorg is ingrijpend gewijzigd van aanbod gestuurd naar gereguleerde marktwerking (Leenen et al, 2014). Met het terugtrekken van de overheid in de zorg heeft deze de regie en het publieke belang echter uit het oog verloren. Bij dit marktfalen is daarom in beginsel overheidsingrijpen nodig (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2012). Niet alleen de vrijheid om anders te handelen dan de voorgeschreven richtlijn is verdwenen, maar tevens is de regie om te beoordelen wat een gouden standaard is niet langer een zaak van de zorgverleners. De erkenningskracht is verplaatst van de beroepsgroep zelf naar niet-zorgverleners. De rechtvaardiging voor dit verlies van autonomie wordt door de wetgever gebaseerd op de uitvoering van kwaliteitsbeleid. Deze veranderingen staan niet op zichzelf. Niet alleen de wetgever, ook de Gezondheidsraad heeft gemeend dat de zorg tekortschiet. Een van de aanleidingen voor het rapport 'De mondzorg van morgen' van de Gezondheidsraad (2012) is het bestaan van een ongefundeerde behandelvariatie wat een aanwijzing zou zijn dat de doelmatigheid van de zorg niet altijd gewaarborgd is. Zij komt vervolgens tot de constatering dat de wetenschappelijke onderbouwing van het klinisch handelen in de mondzorg relatief zwak is. De verklaring hiervoor wordt gezocht in zowel de smalle evidencebased effectiviteit en doelmatigheid van interventies als de trage doorstroming van wetenschappelijke inzichten naar de praktijk. De implicaties van deze verklaring zijn groot. Immers, bij het ontbreken van bewijs bij het klinisch handelen, reduceert dit handelen zich tot willekeur. Een kritische reflectie op deze bewering is echter uitgebleven en het is de vraag of de onderzoeksmethode en beslissingsmethodiek

Richtlijn	Professioneel	Juridisch	Protoprofessioneel
Gevalideerd	Ja	Nee	Nee
Getoetst	Professioneel	Juridisch	Nee, voorschrift
Wijze	Heuristisch	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, Inspectie voor de Gezondheidszorg, tuchtraad, klachtencommissies	Zorgverzekeraars, adviesorganen

Tabel 1. Richtlijngebruik naar paradigma.

van de raad zelf wel gebaseerd zijn op een sterke bewijslast. De raad beperkte zich bijvoorbeeld in haar beoordeling van het bewijs van het klinisch handelen tot de beschikbare systematische literatuuronderzoeken op het gebied van mondgezondheid. Uitgangspunt van de raad was hierbij dat alleen kennis op basis van deze onderzoeken waar bewijs is. Deze eenzijdige opvatting wordt niet algemeen aanvaard. Binnen de Cochrane-organisatie wordt bijvoorbeeld gefundeerd gedacht over evidencebased zorg, waarbij een 'bottom-up'-aanpak de beste manier is om extern bewijs te integreren met individuele klinische expertise en de patiëntkeuze (Sackett et al, 1996). Evidencebased is meer dan alleen systematische literatuuronderzoeken.

De tweede verklaring van de Gezondheidsraad voor de 'relatief zwakke wetenschappelijke onderbouwing van het klinisch handelen in de mondzorg' is ook voor discussie vatbaar. In Nederland zijn in de periode 2003-2011 11 richtlijnen ontwikkeld. Internationaal zijn er volgens onderzoek van de Gezondheidsraad in dezelfde periode 64 richtlijnen ontwikkeld. In het vergelijkend onderzoek kijkt de raad echter alleen naar absolute aantallen van ontwikkelde richtlijnen (11 versus 64) zonder bijvoorbeeld de omvang van de beroepsgroep in beschouwing te nemen of de kwaliteit, werking en implementatiegraad van de richtlijn. Met een beroepsgroep van 12.169 tandartsen in Nederland tegenover 186.084 in de Verenigde Staten worden in Nederland per capita tandarts meer richtlijnen gemaakt dan in de Verenigde Staten (American Dental Association, 2009; Kravitz et al, 2014).

Hoewel bij de Leidschendam-conferenties in 1989 een start is gemaakt met het geven van handen en voeten aan het begrip kwaliteit, blijkt dat het begrip 'kwaliteit' nog steeds verschillend wordt geïnterpreteerd door behandelaar, patiënt, zorgverzekeraar en overheid (Den Dekker, 2012). Het is de vraag of richtlijnen wel een middel zijn om deze niet-eenduidige kwaliteit in algemene zin te vergroten (als dat het doel is). De noodzaak van scherpe definities en het expliciteren van de werkingskracht is evident (tab. 1).

Een protoprofessioneel gebruik van richtlijnen is zichtbaar bij de beleidsdoelstellingen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het Jaar van de Transparantie in 2015 (Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015; Zorginstituut Nederland, 2015).

In samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Zelfstandige klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Kwaliteitsinstituut heeft het Zorginstituut Nederland vanuit haar wettelijke taak de regie over:

- het versneld voor patiënten beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg;
- het ontwikkelen van kwaliteitsrichtlijnen en -indicatoren en het begrijpelijk maken ervan voor patiënten ;
- het doorontwikkelen van de website KiesBeter als betrouwbaar startpunt voor het vinden van (keuze)informatie voor patiënten;
- het zorgen dat patiënten vooraf meer inzage krijgen in de kosten van een behandeling.

Dat betekent dat richtlijnen niet alleen door zorgverleners, maar ook door leken, namelijk patiënten en zorgverzekeraars mede worden opgesteld. Het gevolg van de plaatsing van de richtlijnen binnen het Zorginstituut is dat de richtlijnen ook een normatieve werking krijgen. Het niet voldoen aan de richtlijn is in beginsel niet mogelijk en afwijken wordt gesanctioneerd. Het mandaat van richtlijnen ligt niet langer bij de professie (het professionele paradigma) maar mede bij andere belanghebbenden (zorgverzekeraars, patiënten, ziekenhuizen). Deze richtlijnen kunnen niet de inhoudelijke kant van zorg betreffen, maar de immateriële kant van het professionele handelen van de zorgverlener, zoals kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Een voorbeeld is het document 'Kwaliteitscriteria zorg voor mensen met artrose, geformuleerd vanuit patiëntenperspectief' (Reumapatiëntenbond, 2010). Hierin staan als kwaliteitscriteria emotionele ondersteuning, empathie en respect opgenomen (intermezzo 5). Deze kwaliteitscriteria zijn niet alleen immaterieel, maar ook moeilijk of niet toetsbaar. Wanneer neemt de zorgverlener voldoende tijd om te luisteren naar de patiënt? Wanneer is de zorgverlener respectvol? Deze criteria vragen bij uitstek om interpretatie. Toch worden deze criteria gebruikt tussen zorgaanbieders en zorginkopers, maar ook voor overleg tussen de marktpartijen en bij de totstandkoming van zorgstandaarden, richtlijnen, keurmerken en patiën-

Intermezzo 5. Voorbeeld van kwaliteitscriteria vanuit perspectief patiënt

Uit document 'Kwaliteit in zicht. Kwaliteitscriteria zorg voor mensen met artrose'

Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- De hoofdbehandelaar erkent de aandoening artrose, neemt de klachten van de artrosepatiënt serieus en geeft de artrosepatiënt voorlichting over mogelijkheden op het gebied van behandelingen en ondersteuning/advies.
- De zorgverlener luistert naar de artrosepatiënt en neemt hier voldoende tijd voor.
- Artrose wordt door zorgverleners gezien en (h)erkend als een reumatische aandoening.
- De artrosepatiënt wordt respectvol bejegend door betrokken zorgverleners.

teninformatie. Het belang van deze criteria is evident. De totstandkoming, toetsing en het gebruik van deze criteria is echter verschillend van de professionele criteria.

Het zou meer in de rede liggen om deze nieuwe categorie richtlijnen, die compositorisch een gemengde oorsprong, legitimatie en toepassing hebben, niet langer als professionele standaard te zien, maar als publieke standaard. Een aanpassing hiervan in artikel 2 lid 2 van de WKKGZ zou veel toekomstige conflicten bij de toepassing van de verschillende richtlijnen kunnen voorkomen.

Samenvattend heeft een transformatie plaatsgevonden waarbij het doel van richtlijnen niet meer is gericht op de individuele patiënt, maar onderdeel is van een politiek proces dat ingericht is om het zorgproces op collectief niveau te sturen. De proposities van dit protoprofessionele paradigma zijn dan ook:

- Een richtlijn bevat een norm op basis van voorschrift en is niet gevalideerd.
- De norm in de richtlijn is immaterieel en niet meetbaar maar wordt wel gemeten.
- Een richtlijn dient gevolgd te worden.
- Afwijken van een richtlijn wordt gesanctioneerd.

Slot

Het onder regie van het Zorginstituut Nederland gevoerde kabinetsbeleid gericht op kwaliteit en veiligheid in de zorg heeft onder andere als speerpunt het ontwikkelen van kwaliteitsrichtlijnen en -indicatoren. Een kennistheoretisch probleem is dat de onderliggende proposities van een richtlijn verschillen tussen het professionele, juridische en protoprofessionele paradigma. De effectiviteit van richtlijnen voor zorgverleners in hun patiëntcontact en voor protoprofessionals in de sturing van het zorgproces staat daardoor onder druk. Het verdient aanbeveling dat de uitleg en herkomst van een richtlijn voor de te onderscheiden paradigma's (zoals in tabel 1) onderdeel van diezelfde richtlijn wordt. Een wettelijke verankering van dit onderscheid door bijvoorbeeld aanpassing van artikel 2 lid 2 WKKGZ kan een vertrekpunt

zijn. In de richtlijn moet helder zijn voor welk paradigma deze is gevalideerd, getoetst (evidencebased of op basis van voorschrift), hoe de werking is (heuristisch of normatief), wie de richtlijn als doelgroep heeft (de individuele patiënt of groepen van zorgverleners), waarvoor de richtlijn is geoperationaliseerd (om tot een goede beslissing te komen of voor sturing van het collectieve zorgproces), wat het doel is van de richtlijn en wie de richtlijn heeft opgesteld. Alleen onder deze voorwaarden kan recht worden gedaan aan de proposities van de verschillende paradigma's. De zorgverlener kan zich blijven ontwikkelen en de kwaliteit van zijn handelen vergroten. Tenslotte is vooral de patiënt daarbij gebaat.

Literatuur

- * *Ackrill JL*. Aristoteles. Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, 2000.
- * *Anonymous*. Ned Tijdschr Tandheelkd 1921; 28: 4-7.
- * *American Dental Association*. Distribution of dentists in the United States by region and state, 2009.
- * *Burgers JS*. Opschudding over evidencebased medicine. Van reductionisme naar realisme in de toepassing van richtlijnen. Ned Tijdschr Geneesk 2015; 159: A8376.
- * *Craandijk J*. Betekenis en werking van richtlijnen 2. Opmerkingen over validering en aanbevelingen ten aanzien van richtlijnen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: in druk.
- * *Dekker J den*. Mondzorg in sociaal perspectief. Houten: Bohn Stafleu, van Loghum, 2012.
- * *Gezondheidsraad*. De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/04.
- * *Groeneveld JG, Stefanie GA*. Kwaliteitsverbetering van het onderwijs. Verslag van het vierde nationaal congres onderzoek van wetenschappelijk onderwijs. Ned Tijdschr Tandheelkd 1981; 88: 189-194.
- * *Groenendijk J, Stokhof M*. Betekenis in beweging. Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte 1998; 90: 26-53.
- * *Haslinghuis E*. Bouwkundige termen. Woordenboek der westerse architectuurgeschiedenis. Utrecht: Oosthoek's Uitgeversmaatschappij NV, 1970.
- * *Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Kamerstuk 32 620, nr. 149, 9 maart 2015. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32620-149.html>
- * *Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J, Barnes E*. EU manual of dental practice 2014. Brussel: The Council of European Dentists, 2014.
- * *Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM et al*. Handboek gezondheidsrecht. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2014.
- * *Leenen HJJ, Dute JCJ, Kastelein WR*. Handboek gezondheidsrecht - Deel II. Gezondheidszorg en recht. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- * *Leezenberg M, Vries G de*. Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001.
- * *Mackor AR*. Grenzen aan professionele autonomie. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van gewoon hoogleraar professie ethiek, in het bijzonder van juridische professies. Groningen, 25 januari 2011.
- * *Reumapatiëntenbond*. Kwaliteit in Zicht. Kwaliteitscriteria zorg voor mensen met artrose, geformuleerd vanuit patiëntenperspectief. Reumapatiëntenbond, 2010
- * *Rijk AJ de, Kreulen CM*. Onderwijs en praktijk bieden mogelijkheden tot uitwisseling van vaardigheden. Ned Tijdschr Tandheelkd 2012; 119: 312-316.

- * Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72
- * Sanden WJM van der, Nienhuijs MEL, Mettes TG. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007; 114: 179-186.
- * Stokhof M. Taal en betekenis. Een inleiding in de taal filosofie. Amsterdam: Boom, 2000.
- * 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.
- * Trum HMGJ. Over het normbegrip in de bouwkunde. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1979. Academisch proefschrift. <https://pure.tue.nl/ws/files/3492182/113697.pdf>
- * Verdonschot EHAM, Nash DA. Een probleem-oplossingsmodel voor complexe tandheelkundige vraagstukken. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 405-414.
- * Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Publieke zaken in de marktsamenleving. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2012.
- * Zorginstituut Nederland. Jaaroverzicht Zorginstituut Nederland 2015. Van goede zorg verzekerd. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/organisatie/1603-jaaroverzicht-zorginstituut-nederland-2015/1603-jaaroverzicht-zorginstituut-nederland-2015/Jaaroverzicht+Zorginstituut+Nederland+2015.pdf>

Summary

Significance and effect of guidelines 1. Some observations concerning paradigms with respect to guidelines

Clinical guidelines are currently receiving considerable attention. An important goal of guidelines is to improve the quality of care and to increase patient safety. Linguistic, legal and (proto)-professional paradigms differ on the meaning, scope and effectiveness of guidelines. The underlying propositions are very different. Since guidelines lack uniformity, the benefit of guidelines on the quality of care is unclear. In the use of the term guideline there is the implicit assumption that the significance and effect of a guideline remain unchanged in a changed context. In essence, this is an epistemological problem that to date has not been included in the debate. The consequence is that the effect of guidelines is changing from being a supporting instrument at the patient's level to becoming an enforceable standard in order to control the collective care process. In addition, it is questionable whether guidelines are the obvious choice to achieve greater quality and safety in healthcare. It is recommended to anchor the paradigmatic origin of guidelines within the law and the guidelines themselves.

Bron

J. Craandijk

Uit de Parodontologie Praktijk Leiden in Leiden

Datum van acceptatie: 6 november 2016

Adres: mr. J. Craandijk, Parodontologie Praktijk Leiden, 2316 ZZ Leiden

j.craandijk@ppleiden.nl