

Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 5. Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikkingsrecht

Rechters tot en met de Hoge Raad en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg zien richtlijnen niet als vrijblijvend. Hierdoor wordt patiënten en mondzorgverleners houvast geboden. Maar er kan ook een spanningsveld ontstaan tussen het zelfbeschikkingsrecht van een patiënt en de autonomie van een mondzorgverlener enerzijds en een richtlijn. Dit spanningsveld kan worden doorbroken door eerst op basis van ethisch juridische argumenten het door de patiënt gewenste zorgdoel marginaal te toetsen, waarbij tevens recht gedaan wordt aan de professionele autonomie. En vervolgens, uitgaande van dit zorgdoel op basis van 'evidence' de meest doelmatige behandelwijze te kiezen. Ten opzichte van de gangbare definitie van een klinische praktijkrichtlijn betekent dit dat expliciet erkend wordt dat patiënten en mondzorgverleners een zorgdoel overeen kunnen komen dat afwijkt van het ideale. Hierdoor wordt een juridisch verantwoord evenwicht geschapen tussen het zelfbeschikkingsrecht en de professionele autonomie enerzijds en een wens tot evidence-based handelen, beperken van de onverklaarbare behandelvariëteit en transparantie van zorg anderzijds.

Brands WG, Ven van der JM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 5. Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikkingsrecht *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 331-336
doi: 10.5177/ntvt.2015.06.15154

Inleiding

In deze serie over evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg is al uitgebreid de maatschappelijke wenselijkheid van richtlijnen en indicatoren beschreven (Mettes et al, 2014). Kort samengevat, klinische praktijkrichtlijnen worden als instrumenten gezien ter ondersteuning van mondzorgverleners en voor het transparant maken van zorg. Hierdoor krijgen mondzorgverleners de gelegenheid hun behandelvoorstel af te stemmen op het beschikbare bewijs en het voorstel inzichtelijk te maken. Bovendien kunnen patiënten en anderen het voorstel beter beoordelen. Daarnaast kunnen, vooral door indicatoren, uitkomsten van zorg van verschillende aanbieders met elkaar worden vergeleken. Tot slot zou een samenstel van richtlijnen en indicatoren positief kunnen bijdragen aan het imago van de beroepsgroep. In deze bijdrage zal worden ingegaan op de maatschappelijke reacties op richtlijnen die gericht zijn op de indicatie van een behandeling. Eerst komen in het kort de juridische consequenties van richtlijnen voor mondzorgverleners aan de orde. Vervolgens wordt uitgebreider ingegaan op de verhouding tussen richtlijnen enerzijds en het zelfbeschikkingsrecht van patiënten en de autonomie van tandartsen anderzijds.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- kent en begrijpt u het spanningsveld dat kan ontstaan tussen de professionele autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt enerzijds en het gebruik van richtlijnen anderzijds;
- kunt u beredeneren hoe het door patiënt en tandarts gezamenlijk te kiezen zorgdoel kan bijdragen aan het doorbreken van dit spanningsveld zonder dat de 'onverklaarbare behandelvariëteit' toeneemt.

Juridische consequenties van richtlijnen

De voornaamste plicht van een mondzorgverlener is dat hij zich houdt aan de professionele standaard (artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek). Deze standaard kent verschillende invalshoeken: organisatorisch, relationeel en zorginhoudelijk (Brands et al, 2013a). De professionele standaard is een zeer ruim geformuleerd begrip. De invulling daarvan gebeurt soms door betrekkelijk gedetailleerde wetten, bijvoorbeeld de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG) of de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO, onderdeel van het Burgerlijk Wetboek). Beide wetten gelden vooral voor de organisatorische en relationele aspecten. Ook uitspraken van rechterlijke instanties of klachtencommissies kunnen de professionele standaard verder invullen. Zorginhoudelijke aspecten van de professionele standaard krijgen invulling door 'de wetenschap' of door wat een redelijk handelend beroepsgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben gedaan.

Het is voor patiënten en mondzorgverleners nauwelijks mogelijk alle uitspraken en wetenschappelijke literatuur bij te houden. Richtlijnen kunnen de professionele standaard concretiseren. Daarom zal een rechter, wanneer er voor een bepaalde zaak een relevante richtlijn bestaat, deze gebruiken voor de toetsing van de mondzorgverlener (Brands et al, 2013c). Zo oordeelde een rechter eens dat een tandarts, die beschuldigd werd van jarenlange parodontale verwaarlozing, aansprakelijk was voor de schade vanaf het moment waarop het Paroprotocol gepubliceerd werd (Rechtbank Arnhem, 2005). Naast dit voorbeeld zijn er talloze voorbeelden te noemen uit het civiele, tucht- en klachtrecht en zelfs uit het strafrecht waarin een directe relatie wordt aangenomen tussen het overtreden van een richtlijn en aansprakelijkheid. Wordt een richtlijn gezien als een zogenaamde 'veiligheidsnorm' dan wordt bovendien sneller het oorzakelijk verband tussen de schade en het gewraakte gedrag aangenomen dan wanneer er voor het gedrag geen richtlijn was (Brands et al, 2013c). Ook de

Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt richtlijnen ter toetsing van tandartsen, denk bijvoorbeeld aan de richtlijn van de Werkgroep Infectiepreventie.

Positie van de mondzorgverlener en afwijken van een richtlijn

Een richtlijn als explicitering van de professionele standaard maakt het voor mondzorgverleners overzichtelijk en draagt bij aan rechtszekerheid. Immers, vanwege de richtlijn weet de mondzorgverlener vooraf hoe er binnen de beroepsgroep over bepaalde behandelingen wordt gedacht. Bovendien kan het discussies met patiënten over de juiste handelwijze voorkomen. Dit in tegenstelling tot situaties waarin een deskundige achteraf beoordeelt hoe er gehandeld had moeten worden. Zo'n beoordeling brengt voor zorgverleners een element van onzekerheid met zich mee (Niederman et al, 2012).

Wordt een mondzorgverlener na het opvolgen van een richtlijn toch aansprakelijk gesteld, dan kan hij in principe door verwijzing naar de richtlijn aantonen dat hij conform de professionele standaard gehandeld heeft. Op de patiënt rust dan de moeilijke taak om te bewijzen dat de mondzorgverlener toch de professionele standaard niet heeft gevolgd (Brands et al, 2013c). Deze zekerheid kent zijn beperkingen, want een mondzorgverlener mag niet klakkeloos een richtlijn volgen. Wanneer het belang van de patiënt daarom vraagt, kan en moet de mondzorgverlener van de richtlijn afwijken. Overigens moet de mondzorgverlener het belang van afwijken wel bewijzen. Wanneer een richtlijn voorschrijft dat in bepaalde gevallen antibioticum X gegeven moet worden, dan zal een tandarts die antibioticum X geeft, wetende dat de patiënt hiervoor allergisch is, aansprakelijk zijn voor de gevolgen. Hij kan zich dan niet verschuilen achter de richtlijn (Hoge Raad der Nederlanden, 2005).

In voorgaande casus is het afwijken van de richtlijn gebaseerd op het algemeen ethische principe dat een medische behandeling, alles overwegende, de patiënt niet mag schaden. Een heel andere vraag is of ook om andere redenen van een richtlijn afgeweken mag worden. En als dit gebeurt in het belang van de patiënt, wie bepaalt dan wat het belang van de patiënt is: de mondzorgverlener, de patiënt of misschien nog wel een ander, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar? In dit verband wordt nog wel eens de term 'kookboekandheelkunde' gebruikt.

Kookboekandheelkunde, professionele autonomie en zelfbeschikking

Met de term 'kookboekandheelkunde' geven tegenstanders van richtlijnen en andere vormen van zelfregulatie aan dat mondzorgverleners door het relatief nauwkeurig omschrijven van de professionele standaard in een bepaald, voor iedereen geldend keurslijf worden gedwongen, waardoor een deel van de professionele autonomie verloren zou gaan. Dit bezwaar geldt niet zozeer voor richtlijnen over de uitvoering van een behandeling, maar vooral voor richtlijnen betreffende de indicatie van een behandeling. De angst

voor kookboekandheelkunde kan niet alleen onder mondzorgverleners voorkomen, maar ook onder patiënten. Of deze vrees gerechtvaardigd is, hangt voor een groot deel af van de richtlijnen zelf. Zonder richtlijnen kent de professionele standaard een zeer ruime bandbreedte. Binnen deze bandbreedte kunnen mondzorgverleners aan de hand van de situatie, de wensen en (financiële) mogelijkheden van een patiënt komen tot een behandelvoorstel. De bandbreedte schept de mogelijkheid tot individualiseren en tot het onderhandelen met een patiënt. Wanneer men bang is voor kookboekandheelkunde, gaat men ervan uit dat een richtlijn in het geheel geen bandbreedte kent. Omdat een van de doelen van richtlijnen is de onverklaarbare behandelvariatie tussen hulpverleners te reduceren, zal een zekere versmalling van de bandbreedte optreden. Naarmate een richtlijn echter stringenter aangeeft welke behandelrichting op basis van 'evidence' de meeste juiste is, zal de bandbreedte kleiner worden of in het geval van een protocol bijna ontbreken. Hierdoor kan een mondzorgverlener niet met de patiënt overleggen over de keus van een behandeling, maar slechts uitleggen wat op basis van de richtlijn de professionele standaard is. De patiënt kan vervolgens toestemmen of niet en zijn recht op zelfbeschikking blijft beperkt tot het toestemmingsvereiste (Broers et al, 2010). Recent onderzoek laat zien dat bij huisartsen het gebruik van richtlijnen de communicatie tussen hen en patiënten weliswaar efficiënter maakt, maar de relatie minder empathisch (Butalid, 2014). Terwijl patiënten empathie juist een van de belangrijkste aspecten vinden van de relatie met hun huisarts. Ten dele zou dit veroorzaakt kunnen worden doordat richtlijnen de onderhandelingsruimte tussen zorgverlener en patiënt versmallen. Ook kan een gebrekkige communicatie leiden tot te weinig betrokkenheid bij de patiënt, in die zin dat de hulpverlener om elke discussie uit te sluiten zelf de richtlijn als kookboek hanteert.

Blijft uiteraard wel de vraag in welke mate een richtlijn enerzijds kan zorgen voor een beperking van de ongewenste behandelvariëteit en anderzijds ruimte kan laten voor een gewenste individuele invulling van de behandeling door mondzorgverleners en hun patiënt.

Zelfbeschikkingsrecht

Eerder is genoemd dat afwijken van een richtlijn verplicht is als het volgen daarvan schade zou toebrengen aan een patiënt. De volgende vraag is wat er moet gebeuren als een richtlijn een bepaalde behandeling voorschrijft, terwijl de patiënt een andere wil? Strikt genomen zal een mondzorgverlener moeten handelen volgens de professionele standaard. Rechters of tuchtcolleges zullen bij de toetsing van het handelen een relevante richtlijn als uitgangspunt nemen. In beginsel geldt dat een tandarts aansprakelijk is wanneer hij tegen de standaard, in dit geval tegen de richtlijn, handelt, ook al is dit op verzoek van de patiënt (Brands et al, 2013b). Mondzorgverleners kunnen zich niet tegen deze aansprakelijkheid beschermen door, al dan niet met instemming van hun patiënt, hun aansprakelijkheid uit te sluiten (artikel 7:463 van het Burgerlijk Wetboek). Dit lijkt

Intermezzo 1. Definitie van een klinische praktijkrichtlijn

“Een klinische praktijkrichtlijn bevat voor een bepaalde aandoe-ning aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies voor de meest doeltreffende en doelmatige behandelingskeuze. Deze zijn gebaseerd op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, waarover deskundigen na discussie hun mening hebben gevormd” (Van Dam et al, 2015).

op gespannen voet te staan met het zelfbeschikkingsrecht.

Voorafgaande regels zijn vooral gebaseerd op de arts-patiëntrelatie. Een goede algemene gezondheid wordt door de maatschappij als erg belangrijk gezien. Daarom wordt de huisartsenzorg volledig vergoed vanuit de basisverzekering en spelen financiële overwegingen bij de keuze voor een behandeling slechts een kleine rol. Het ligt dan ook voor de hand dat patiënten, op basis van hun zelfbeschikkingsrecht meestal zullen kiezen voor de oplossing die, gebaseerd op bewijs, tot het meest optimale doel leidt. Omdat een klinische praktijkrichtlijn hetzelfde doel heeft zullen er weinig problemen zijn over de, door de richtlijn geadviseerde behandeling (intermezzo 1).

Het is de vraag in hoeverre deze overeenstemming over het doel van de behandeling ook voor de mondzorg geldt. Mettes et al (2014) geven aan dat het doel van de mond-zorg is het bevorderen van een duurzame mondgezondheid. Dit zal ongetwijfeld het doel zijn van de professie, maar het is de vraag in hoeverre dit ook het doel is van de individuele patiënt en tegen welke kosten. Maatschappelijk gezien blijkt men aan de mondgezondheid niet dezelfde waarde te hechten als aan de algemene gezondheid. Dit heeft zijn weerslag in de manier van financiering. Beide factoren kunnen ertoe leiden dat de mening van patiënten en mondzorgverleners over het zorgdoel sneller uiteen kunnen gaan lopen als in de huisartsenzorg. Is in een bepaald geval op basis van een richtlijn een kroon geïndiceerd, maar gaat de patiënt liever op vakantie, dan kan er een restauratie worden gelegd. Dat is weliswaar een minder degelijke oplossing, maar levert toch slechts een beperkt en goed te overzien risico op. Zolang deze keuze binnen de bandbreedte van de professionele standaard valt, is er qua aansprakelijkheid niets aan de hand. Dit wordt anders wanneer de huidige, zeer grote bandbreedte ingeperkt wordt door richtlijnen. Stel dat een patiënt een andere oplossing voor zijn probleem wenst dan de richtlijn voorschrijft en daarbij een ander zorgdoel voor lief neemt? Wanneer de richtlijn alleen de *“meest doeltreffende en doelmatige behandelkeuze”* vermeldt om te komen tot *“duurzame mondgezondheid”*, dan handelen tandartsen tegen de professionele standaard wanneer zij op verzoek van een patiënt een andere behandeling aanbieden. Het zal duidelijk zijn dat op deze wijze het zelfbeschikkingsrecht van patiënten is beperkt tot het weigeren van een behandeling. Op die manier lijkt het adagium ‘doctor knows best’ vervangen te zijn door ‘guideline knows best’.

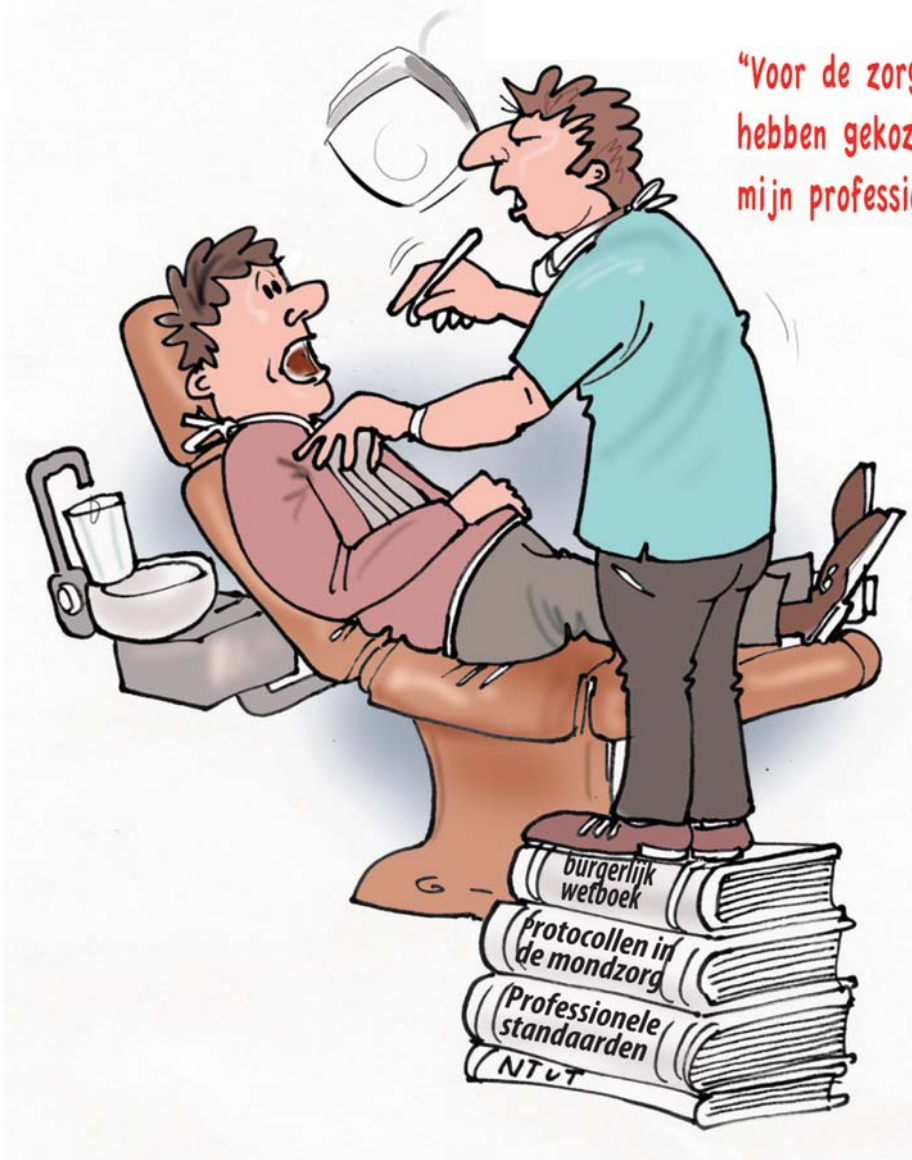
Casus 1. Late verwijzing naar parodontoloog

Een patiënt verwijt haar voormalig tandarts dat hij haar onzorgvuldig heeft behandeld door haar niet te zeggen dat hij diepliggend tandsteen niet kon verwijderen en haar niet tijdig te verwijzen naar een parodontoloog of mondhygiënist. De patiënt ging ervan uit dat de tandarts alle tandsteen verwijderde. Een mondhygiënist, naar wie zij door haar huidige tandarts was verwezen, wees haar erop dat er nooit diepliggend tandsteen was verwijderd. Patiënt is van mening dat haar voormalig tandarts haar gezegd heeft dat zij tandenstokers moest gebruiken. Ze had dat niet gedaan, omdat ze daar een hekel aan had en haar tandarts toch bij iedere controle het gebit schoonmaakte. Tijdens de zitting van de Centrale Klachtencommissie bevestigt de patiënt dat in juni 2007 gesproken was over een verwijzing naar een parodontoloog. Zij zelf had nooit om een second opinion gevraagd en verwijzing naar een mondhygiënist was nooit ter sprake gekomen, aldus de patiënt.

De tandarts stelt zich op het standpunt dat hij de patiënt bij iedere controle erop heeft gewezen dat zij ontstoken tandvlees en tandsteen had. Hij verwijderde bij elke controle het tandsteen. Klaagster, aldus de tandarts, negeerde stelselmatig alle gegeven adviezen, instructies en demonstraties in de mond voor het gebruik van tandenstokers.

De Centrale Klachtencommissie van de KNMT overwoog onder meer het volgende: *“Op de bitewingfoto’s uit 2007 was deze botafbraak duidelijk waarneembaar. In ieder geval op dat moment had de tandarts klaagster moeten verwijzen naar een parodontoloog, ondanks haar gebrek aan motivatie. In zoverre was de tandarts tekortgeschoten in zijn zorgplicht. Daar stond tegenover dat de tandarts, toen hem bekend werd dat klaagster zich tot een mondhygiënist had gewend die kennelijk problemen had met de behandeling van klaagster, alsnog actie had ondernomen om klaagster te laten behandelen door een parodontoloog en de kosten van deze consultatie voor zijn rekening te nemen”* (Centrale Klachtencommissie KNMT, 2009). De klacht wordt gegrond verklaard, voor zover deze betrekking had op de te late verwijzing.

Casus 1 laat zien dat dit ook voor mondzorgverleners tot vreemde situaties kan leiden. In deze casus lijkt het recht op zelfbeschikking en de daarmee samenhangende eigen verantwoordelijkheid van de patiënt geheel te zijn verdwenen. Ook aan de betreffende tandarts wordt geen ruimte gelaten om te handelen overeenkomstig de mogelijkheden die hem door de patiënt geboden worden. In een andere uitspraak overwoog de klachtencommissie over de tandarts: *“Hij had in ieder geval moeten kunnen vaststellen dat er sprake was van een parodontaal ernstige toestand met diepe pockets en eerder handelend moeten optreden. Ook al was ze ongemotiveerd en rookte zij, dit deed aan de verantwoordelijkheid van de tandarts niets af”* (Schaub, 2006). In deze uitspraken lijkt de redenatie: *“De patiënt heeft een parodontaal probleem en volgens de professionele standaard hoort dit behandeld te worden of de patiënt nu meewerkt of niet”*.



Zorgdoel: zelfbeschikking en professionele autonomie

Het in de vorige paragraaf geschetste probleem zou op verschillende manieren opgelost kunnen worden. Allereerst zou consequent in richtlijnen aangegeven kunnen worden dat het slechts vrijblijvende adviezen zijn en dat ze niet dienen ter explicitering van de professionele standaard. Het probleem is dan wel dat de doelen van richtlijnen in dat geval ook slechts ten dele worden gehaald. Zo zal de behandelvariëteit slechts gedeeltelijk verminderen. Een ander probleem is dat alle rechterlijke instanties en de andere partijen in de gezondheidszorg richtlijnen wel zien als concretisering van de standaard, met bijbehorende gevolgen voor de aansprakelijkheid.

Het probleem zou ook opgelost kunnen worden door richtlijnen te maken met grotere bandbreedtes. Een te grote bandbreedte brengt echter het probleem van een ongewenst grote variëteit in behandelingen met zich mee en dit is juist een van de redenen waarom richtlijnen noodzakelijk geacht worden.

Het in richtlijnen expliciet vermelden van 1 (of meer) zorgdoelen zou een derde oplossing kunnen zijn. Casus 1 laat zien dat dit uitgangspunt in het belang is van patiën-

ten én van mondzorgverleners. De gedachte is dat patiënten en mondzorgverleners samen een zorgdoel vaststellen (Witter et al, 2011; Witter et al, 2012). Er zal hierbij optimaal rekening gehouden moeten worden met de wensen van een patiënt. Wanneer een patiënt echter een doel wenst waar een mondzorgverlener beroepshalve niet achter kan staan, dan zal het doel afgewezen moeten worden op basis van de professionele autonomie. Dit geldt bijvoorbeeld in situaties waarin een patiënt niet in redelijkheid tot het doel heeft kunnen komen, bijvoorbeeld uit angst (Brands, 2006; Broers et al, 2010b). Ook zouden mondzorgverleners zorgdoelen moeten kunnen weigeren indien deze getuigen van weinig realisme. Wanneer een patiënt nog maar enkele wortelresten in zijn mond heeft, dan is het zorgdoel "zo lang mogelijk het behoud van de gebitselementen" niet realistisch. Hetzelfde geldt voor een patiënt die geen enkele vorm van mondhygiëne en dus gebrek aan zelfzorg heeft. Wanneer op een gegeven moment de omstandigheden veranderen zullen mondzorgverleners benoemen dat in de nieuwe situatie het oude zorgdoel niet meer gehaald zal worden. Mondzorgverleners en patiënten moeten dan een nieuw zorgdoel vaststellen en uiteraard in het dossier vastleggen. In het voorafgaande komt op 2

plaatsen de professionele autonomie en daarmee de professionele standaard aan de orde: bij het vaststellen of een bepaald door de patiënt gewenst zorgdoel, gegeven de omstandigheden beroepshalve acceptabel is, en wat de beste manier is om, gegeven de omstandigheden een bepaald zorgdoel te bereiken.

Richtlijn en zorgdoel

Uit het voorafgaande kan geconcludeerd worden dat richtlijnen ter explicitering van de professionele standaard in de eerste plaats nuttig kunnen zijn bij de keuze van het zorgdoel. Hierbij zal, om het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt te respecteren, binnen ruime grenzen aangegeven worden of een gewenst zorgdoel op basis van beroepsmatige, ethische en juridische overwegingen verenigbaar is met de professionele standaard. Vanwege het karakter van de keuze, deels zorginhoudelijk, deels ethisch juridisch, is het maar de vraag of evidencebased klinische praktijkrichtlijnen een rol kunnen spelen bij de keuze van het zorgdoel.

Is een zorgdoel overeengekomen dan kan, op basis van evidence, idealiter per zorgdoel worden aangegeven wat de beste manier is om dat zorgdoel te bereiken. Dit betekent dat de definitie van een praktijklijn aangepast zou moeten worden, en wel als volgt: *“Een klinische praktijkrichtlijn bevat voor een bepaalde aandoening, **gegeven een bepaald zorgdoel**, aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies voor de meest doeltreffende en doelmatige behandelingskeuze...”*. Omdat het zorgdoel in overleg met de patiënt is vastgesteld, wordt het zelfbeschikkingsrecht in dit model gerespecteerd, waarbij erkend wordt dat niet altijd naar het best haalbare resultaat gestreefd hoeft te worden. Hierdoor worden problemen als in casus 1 voorkomen. Terwijl daarnaast de professionele standaard voldoende geëxpliciteerd kan worden om te voorkomen dat er door een te grote bandbreedte van de klinische praktijkrichtlijn weer een onaanvaardbare behandelvariëteit ontstaat.

Idealiter zou per zorgdoel aangegeven kunnen worden welke behandelwijze op basis van evidence het meest doelmatig en effectief is. Veelal zal dit niet kunnen, aangezien onderzoek zich doorgaans richt op de meest doeltreffende behandelwijze om het probleem te verhelpen. Terwijl bij bepaalde zorgdoelen, bijvoorbeeld in de parodontologie, de patiënt er expliciet of impliciet door een gebrek aan zelfzorg voor kan kiezen om de aandoening alleen maar te vertragen en niet te verhelpen.

In de praktijk zal het er doorgaans op neerkomen dat de klinische praktijkrichtlijn het zorgdoel vermeldt waarop de geadviseerde behandeling gericht is. Voor dit zorgdoel expliciteert de richtlijn dan de professionele standaard. Zijn patiënt en mondzorgverlener een ander zorgdoel overeengekomen, dan zal de betreffende richtlijn niet zonder meer worden gebruikt bij de toetsing van de mondzorgverlener.

Eerder is aangegeven dat klinische praktijkrichtlijnen mede van belang zijn voor de transparantie van zorg en voor het afleggen van verantwoording door mondzorgverleners. Ook deze functie zal beter tot zijn recht komen wanneer er door de klinische praktijkrichtlijn een duidelijk

verband gelegd wordt tussen indicatie en zorgdoel. De doelmatigheidscontrole van zorg wordt daardoor aanzienlijk eenvoudiger. Ter illustratie: een mondzorgverlener die bij het zorgdoel *“pappen en nathouden”* toch een kroon plaatst, zal - wanneer hij zich hiervoor moet verantwoorden - met goede argumenten moeten komen.

Discussie en randvoorwaarden

Rechters tot en met de Hoge Raad en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg zien richtlijnen niet als vrijblijvend. Hierdoor kan een spanningsveld ontstaan tussen het zelfbeschikkingsrecht van patiënten en de autonomie van mondzorgverleners enerzijds en klinische praktijkrichtlijnen anderzijds. Dit spanningsveld is groter naarmate er voor een klinische praktijkrichtlijn meer evidence beschikbaar is. Het spanningsveld kan worden doorbroken door eerst op basis van beroepsmatige ethisch juridische argumenten (de professionele autonomie) het door de patiënt gewenste zorgdoel (zelfbeschikkingsrecht) marginaal te toetsen. En vervolgens, uitgaande van dit zorgdoel, op basis van evidence de meest doelmatige behandelwijze te kiezen. Ten opzichte van de gangbare definitie van een klinische praktijkrichtlijn betekent dit dat expliciet erkend wordt dat patiënten en mondzorgverleners een zorgdoel overeen kunnen komen dat afwijkt van het ideale. Hierdoor wordt een juridisch verantwoord evenwicht geschapen tussen het zelfbeschikkingsrecht en de professionele autonomie enerzijds en een wens tot evidencebased handelen, beperken van de onverklaarbare behandelvariëteit en transparantie van zorg anderzijds.

Deze voorgestelde definitiewijziging van een klinische praktijkrichtlijn zal veel discussies tussen mondzorgverleners, patiënten en anderen voorkomen. Of het ontwikkelproces van een evidencebased klinische praktijkrichtlijn daarmee ingewikkelder is, hangt af van de mate waarin de richtlijn voor meer dan 1 zorgdoel de meest aangewezen behandeling geeft.

Een randvoorwaarde voor de hier beschreven interpretatie van een klinische praktijkrichtlijn is dat de patiënt adequaat geïnformeerd moet zijn. En daar zit eigenlijk nog steeds een knelpunt. Uit in 2014 gepubliceerd onderzoek blijkt namelijk dat 3 op de 10 volwassen patiënten problemen ervaren bij het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie. Lezen en rekenen zijn belangrijke vaardigheden, maar motivatie, zelfvertrouwen en kritisch vermogen zijn net zo belangrijk (Rademakers, 2014). Het uitoefenen van het recht op zelfbeschikking wordt lastig wanneer patiënten over onvoldoende cognitieve vaardigheden beschikken. Opstellen van richtlijnen kan daarom niet plaatsvinden zonder patiëntparticipatie. Deze participatie kan het karakter hebben van een inbreng door relevante patiëntenorganisaties. Een probleem is dan wel dat, anders dan in de geneeskunde, er geen patiëntenorganisaties zijn die zich op een bepaalde ziekte in de mondzorg richten. Daarom zou betrokkenheid van patiënten bij de richtlijnontwikkeling vormgegeven kunnen worden door deelname in focusgroepen.

Een laatste voorwaarde is dat duidelijk in het dossier wordt vermeld dat de patiënt geïnformeerd is en welk zorgdoel met de patiënt is overeengekomen. Dit geldt niet alleen wanneer een zorgdoel wordt afgesproken, maar ook wanneer het zorgdoel wordt aangepast.

Literatuur

- * Brands WG. De mondige patiënt. Een conflict tussen zelfbeschikkingsrecht en bekeringsplicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 56-61.
- * Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 1. De zorginhoudelijke professionele standaard. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013a; 120: 212-215.
- * Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 2. Meningsverschillen over de zorginhoudelijke professionele standaard. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013b; 120: 251-255.
- * Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 6. Het effect van zelfregulatie in de mondzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013c; 120: 547-553.
- * Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Willems D. Patiënten met ongewone extractiewensen 1. Professionele standaard versus autonomie van patiënten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2010a; 117: 485-488.
- * Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Willems D. Patiënten met ongewone extractiewensen 2. Wilsonbekwaamheid en psychopathologische oorzaken. Ned Tijdschr Tandheelkd 2010b; 117: 547-552.
- * Butalid L. Changes in doctor-patient communication in general practice. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2015. Academisch proefschrift.
- * Centrale Klachtencommissie KNMT. Ongedateerde uitspraak. Nederlands Tandartsenblad 2009; nr. 16; 40-41.
- * Dam BAFM van, Oosterkamp BCM, Boer JCL den, Bruers JJM. Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 3. Draagvlak voor richtlijnontwikkeling in de mondzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 85-92.
- * Hoge Raad der Nederlanden. Uitspraak 1 april 2005. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005; nr. 19: 4.
- * Mettes TG, Barendregt DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM. Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd 2014; 121: 597-605.
- * Niederman R, Richards D, Brands W. The changing standard of care. J Am Dent Assoc 2012; 143: 434-437.
- * Rechtbank Arnhem. Uitspraak onder nummer ECLI:NL:RBARN:2005:AU5588 (zaaknummer 122388), 28 september 2005. Arnhem: Rechtbank, 2005.
- * Rademakers J. Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: NIVEL, 2014.
- * Schaub R. Commentaar bij een ongedateerde uitspraak van de Centrale Klachtencommissie KNMT. Nederlands Tandartsenblad 2006; nr. 17: 15.
- * Witter DJ, Brands WG, Barèl J, Creugers NHJ. Behandeling met een partiële gebitsprothese 1. Regelgeving, zorg- en behandelplan. Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 13-19.
- * Witter DJ, Brands WG, Hoefnagel RA, Creugers NHJ. Medisch-ethische overwegingen bij de indicatie van kronen, bruggen en implantaten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2012; 119: 611-619.

Summary

Evidence-based clinical guidelines in dental practice 5. Guidelines: professional autonomy and right of self-determination

Judges up to and including the Law Lords (Supreme Court) and the Central Disciplinary Tribunal for Healthcare in the Netherlands do not consider guidelines to be optional. This offers security to patients and dental care professionals. But a field of tension can exist between, on the one hand, a patient's right of self-determination and the dental care workers professional autonomy and, on the other, a guideline. This field of tension can be resolved by first limited testing of the acceptability of the goal of care desired by the patient, taking into consideration at the same time professional autonomy; and, subsequently, by selecting the most effective treatment for achieving this goal of care on the basis of 'evidence'. With respect to the current definition of guidelines for clinical practice, this means that patients and healthcare workers explicitly acknowledge that they have been able to agree on a goal of care that deviates from the ideal. In this way, a judicially responsible balance is achieved between the right of self-determination and professional autonomy, on the one hand, and, on the other, the desire for evidence-based treatment and a limitation on unaccountable variation in treatment and transparency of care.

Bron

W.G. Brands¹, J.M. van der Ven²

Uit ¹de Tandartsenpraktijk Apeldoornseweg in Vaassen en ²de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
Datum van acceptatie: 20 april 2015

Adres: mr. dr. W.G. Brands, Lange Grafte 33, 7321 ZC Apeldoorn
wbrands1@kpnmail.nl

Verantwoording

De in dit artikel gepubliceerde cartoon is eerder voor het NtVt gemaakt door Ron Slagter en werd destijds gebruikt in het artikel 'Tandheelkunde en gezondheidsrecht 2. Meningsverschillen over de zorginhoudelijke professionele standaard' van W.G. Brands, J.M. van der Ven, M.A.J. Eijkman. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 251-255.