

Richtlijn, plichtlijn?

Professionele autonomie volgens de WGBO

F.C.B. VAN WIJMEN
A.L.M. LAGRO-JANSSEN

Van Wijmen FCB, Lagro-Janssen ALM.
Richtlijn, plichtlijn? Professionele autonomie volgens de WGBO. Huisarts Wet 1998;41(13): 607-9, 616.

De WGBO vraagt van de arts dat deze handelt overeenkomstig de professionele standaard; dit houdt tevens een erkenning in van de professionele autonomie. De professionele standaard wordt in hoge mate door de beroepsgroep zelf ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van richtlijnen. Voor de huisartsen fungeren de NHG-standaarden als zodanig. De casus stelt de vraag aan de orde hoe 'dwingend' een richtlijn in zijn algemeenheid is? Gesteld dat zij deugdelijk tot stand komt en wordt aanvaard door de beroepsgroep (of een deel daarvan) dan dient zij serieus genomen te worden. Er kunnen echter redenen zijn om af te wijken. Het belang van de patiënt is als zodanig alom aanvaard. In die zin is een richtlijn geen 'plichtlijn'.

Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Maastricht.
Prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Correspondentie: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen.

Inleiding

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) gaat uit van een evenwichtsmodel tussen patiënt en behandelend arts. Aan de ene kant staat het recht van de patiënt om over eigen lijf en leden te beslissen, aan de andere kant de professionaliteit van de arts. De wet zegt: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'.

Wat betekent die professionele standaard juridisch en hoe verhoudt deze zich tot de professionele autonomie? Wordt deze door de WGBO aan banden gelegd? Welke ruimte bestaat er voor huisartsen om af te wijken van een door de beroepsgroep aanvaarde richtlijn als de NHG-standaard? Om deze vragen gaat het in dit artikel.^{1,2}

Casus en probleemstelling

Mevrouw Klaver heeft meegedaan aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederskanker. Zij heeft ten tweede male een Pap-2. Conform de nieuwe landelijke richtlijnen van de cervixpathologen adviseert het laboratorium verwijzing naar de gynaecoloog voor colposcopie.

Als de huisarts de uitslag heeft ontvangen, informeert zij de patiënte als volgt: hetzelfde gebleven, niets ergs dus. Conform het advies van de vorige keer stelt zij een herhaling van het uitstrijkje na een half jaar voor. Zij houdt zich dus niet aan de richtlijn. Zij vindt de wetenschappelijke fundering te zwak, en de gevolgen van de geadviseerde verwijzing zijn in de praktijk veel groter dan men aanneemt. Het is vrijwel onmogelijk om goed uit te leggen, dat Pap-3A – en nu dus ook Pap-2 – een *mogelijk voorstadium* is van een *zeldzame* kanker als het cervixcarcinoom. Vrouwen percipiëren die uitslag als 'toch niet goed'.

De huisarts informeert de patiënt dus niet over haar verschil van mening met een

protocol, zodat de patiënt zou kunnen kiezen. In de perceptie van de meeste mensen kan bij het opsporen van kanker immers 'niets te veel' worden gedaan, althans 'mag niets achterwege worden gelaten'. Om dan in de spreekkamer een wetenschapstheoretische discussie te gaan voeren over de valkuilen van een bevolkingsonderzoek, komt volgens deze huisarts neer op het afwentelen van de verantwoordelijkheid van de hulpverlener op de patiënt. Een eigenzinnige huisarts dus, die twijfels over het wetenschappelijk fundament van een richtlijn niet wil afwentelen op de patiënt.

Hoe ver reikt de professionele autonomie bij de toepassing van richtlijnen of protocollen? Deze huisarts zegt dat standaarden, net als andere richtlijnen, uitdrukking zijn van een bepaalde visie, die niet altijd alleen puur wetenschappelijk is, maar soms ook politiek gekleurd. Veel preventieve activiteiten zijn eerder op politieke dan op wetenschappelijke argumenten gebaseerd. Of de wetenschappelijke discussie wordt bepaald door verschillen in wetenschapsvisie, zoals de cholesteroldiscussie of de discussie over de behandeling van osteoporose. Er is zoveel minder 'evident' dan de *evidence-based medicine* ons wil doen geloven. De individuele huisarts moet dus van standaarden kunnen afwijken, maar in welke mate en met welke argumenten?

Professionele autonomie

De geneeskunde is een discipline met een eigen domein, dat van oudsher niet toegankelijk is voor 'leken'. Men dient er een lange opleiding voor te hebben gevolgd, en er zijn regels voor de toegang tot het beroep, net zoals er mechanismen zijn om het professioneel handelen naar eigen, specifieke maatstaven te normeren en te toetsen. Daarom is het medisch beroep een 'professie'. Een van de voornaamste kenmerken daarvan is dat de beroepsbeoefenaars autonoom zijn, letterlijk hun eigen beroepsinhoudelijke wetten en regels stellen. Dát is wat de wetgever de *professionele standaard* noemt: dat wat de beroepsgroep aan beroepsinhoudelijke normen

aanvaardt. Daar worden de beroepsgroep en de individuele beroepsbeoefenaar – zowel intern als extern – ook op afgerekend. Dat noemen we de *professionele verantwoordelijkheid*, die zich juridisch manifesteert als *aansprakelijkheid*. De verantwoordelijkheid heeft twee kanten: de professional heeft de vrijheid om volgens de professionele standaard te handelen, maar wordt daar ook op afgerekend. Hij mag zelf beslissen, maar wordt ook aangekeken op die beslissing.

De professionele status van medici is vastgelegd in de Wet BIG. Deze beschrijft het deskundigheidsterrein, de opleidingseisen, de registratie, de wettelijke erkenning en bescherming van specialismen, en de voorbehouden handelingen. De professionele autonomie van de arts past in een logisch en samenhangend systeem van wetgeving (*figuur*).

De essentie is dat ‘goed hulpverlenerschap’ synoniem is voor professionaliteit, terwijl dit begrip weer in belangrijke mate correspondeert met kwaliteit. Via het ‘goed hulpverlenerschap’ heeft de rechter toegang tot de professionele wereld van de arts, die genormeerd is volgens een ‘gouden standaard’, waaraan professionaliteit en kwaliteit worden afgemeten.³

Richtlijnen

‘Richtlijnen’ is een verzamelbegrip voor protocollen, standaarden, consensusrichtlijnen en dergelijke. Volgens de WGBO dient de hulpverlener te handelen volgens de professionele standaard: de standaard als toetsingsmaatstaf.⁴ Betekent dat ook een *verplichting* om conform de richtlijn te handelen?

Nee. Het is verre van de wetgever om de arts te verplichten om richtlijnen na te leven. We zouden het dan niet meer over richtlijnen hebben, maar over professionele behandelvoorschriften. Een richtlijn is een hulpmiddel; een voorschrift geeft aan hoe iets gebeuren moet. Gangbaar is de opvatting, zowel onder artsen als onder juristen,^{5,6} dat de arts moet kunnen afwijken van richtlijnen als dat noodzakelijk is uit een oogpunt van verantwoorde zorg voor een specifieke patiënt. De arts dient zich te

gedragen als een goed hulpverlener. Uit de juridische aansprakelijkheidsdoctrine valt af te leiden, dat de professionaliteit van het handelen van de arts wordt getoetst aan een virtuele standaard: dat wat een gemiddeld bekwaam arts van gelijke categorie, gelet op de laatste stand van de wetenschap, in dergelijke omstandigheden zou doen.

Richtlijnen hebben een aantal kenmerken gemeen:

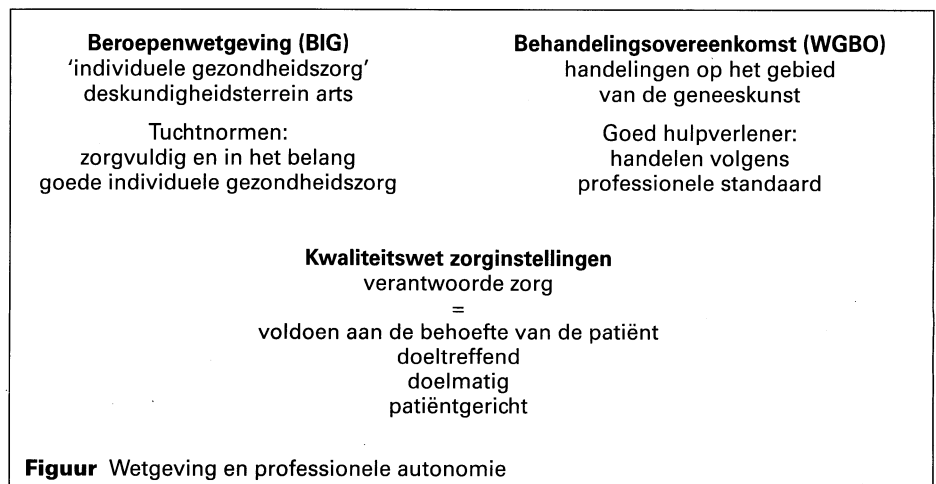
- *Relevantie*. Het onderwerp van de richtlijn moet in zowel professioneel als maatschappelijk opzicht relevant zijn.
- *Wetenschappelijke fundering*. Omdat zij een uitdrukking is van de medisch-professionele standaard, behoort een richtlijn op een stevig wetenschappelijk fundament te rusten.
- *Praktische bruikbaarheid*. Kenmerkend voor een richtlijn is haar praktische toepasbaarheid.⁷
- *Voldoende draagvlak binnen de beroepsgroep*. De geldingskracht van regelgeving hangt in belangrijke mate mede af van het draagvlak dat zij heeft in haar geldingsgebied.
- *Deugdelijke totstandkomingsprocedure*. Regulering dient volgens een deugdelijke procedure te geschieden, waarmee ook gestalte wordt gegeven aan de overige kenmerken: de wetenschappelijke fundering, de praktische toepasbaarheid en de autorisatie door de beroepsgroep.

Projecteren we deze kenmerken op de casus, dan zijn in ieder geval twee vraagtekens te zetten:

- Over de relevantie van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker wordt uiteenlopend gedacht. Hier is de vraag aan de orde of de persoonlijke opvatting dat aan enig criterium niet wordt voldaan, voor deze arts een legitimatie mag zijn om de richtlijn naast zich neer te leggen. Zij zal dit in voorkomende gevallen voor de rechter deugdelijk en overtuigend moeten kunnen motiveren.
- Het kenmerk van voldoende draagvlak is bij het gegeven voorbeeld ook van belang. De richtlijn is kennelijk afkomstig van cervixpathologen. Wil men dat beroepsbeoefenaren zich aan richtlijnen houden, dan zullen zij bij de totstandkoming van die richtlijn moeten worden betrokken of anderszins moeten worden geëncouraged. Wil men dat richtlijnen geldingskracht hebben, dan zal men moeten zorgen dat ze geaccepteerd worden door degenen voor wie ze gelden. Een gebrekkige acceptatie door de beroepsgroep zou kunnen rechtvaardigen dat de huisarts, zoals in casu, afstand neemt van de richtlijn.

Betekent dit dat richtlijnen zoals de NHG-standaarden alleen maar professionele medisch-technische normen uitdrukken?

Dat is niet het geval. Zoals *verantwoorde zorg* per definitie meer omvat dan medische dan wel andersoortige professionele



le effectiviteit, zo zal een richtlijn doorgaans ook andere elementen van kwaliteit in zich bergen. Er zijn ook aan rechten van de patiënt ontleende normen en maatschappelijke normen in te herkennen. Zo bevatten diverse NHG-standaarden elementen van overleg met de patiënt. Er zijn ook richtlijnen die mede gericht zijn op kostenbeheersing. Zo is denkbaar dat in een protocol uit financieel oogpunt gekozen wordt voor een middel, dat voor de patiënt alleszins aanvaardbaar is, terwijl er duurdere en misschien zelfs betere middelen beschikbaar zijn.

In het kader van de casus is al opgemerkt dat bij het formuleren van richtlijnen ook andere dan professionele doelen overwegingen een rol spelen, zoals politieke doelen. Kostenbeheersing is een bekend neven doel van protocollering. Kennelijk besluiten professionals, als er andere dan professionele doelen in het spel zijn, gemakkelijker tot afwijken van de richtlijn. Het gezag van een richtlijn kan nog op andere wijze worden aangetast: als er geen wetenschappelijke eenstemmigheid aan ten grondslag ligt.

Toepassing van richtlijnen

In het gegeven voorbeeld licht de huisarts de patiënte niet in over het bestaan van een richtlijn, en dus ook niet over het feit dat zij daarvan afwijkt en waarom. De reden daarvoor is dat het onmogelijk is de verschillende nuances over het voetlicht te brengen, en dat de informatie bedreigend zal zijn en zelfs medicalisering in de hand zal werken: de patiënte zal uit vrees voor de mogelijkheid dat zij een aandoening heeft, aandringen op verdere diagnostiek en behandeling. Het motief is duidelijk: men moet de patiënt geen onmogelijke wetenschapstheoretische discussie over de valkuilen van bevolkingsonderzoek opdringen.

De informatieplicht van de arts betreft onder andere het voorgenomen onderzoek en andere methoden van onderzoek die in aanmerking komen. Normaal gesproken zal de informatie zich ook uitstrekken tot het feit, dat volgens een richtlijn wordt gewerkt, zeker als daarin een keuze wordt

gemaakt uit verschillende onderzoeks- of behandelmethoden. Dan blijkt dat er meer mogelijkheden zouden zijn geweest, ware het niet dat binnen de beroepsgroep is vastgesteld dat aan een bepaalde methode de voorkeur moet worden gegeven.

Zou men ook zo ver moeten gaan als in een consensus voor een 'suboptimale' oplossing is gekozen? 'Er zijn nog twee duurdere kunstheupen, maar bij kostenbatenanalyse is vastgesteld dat het kostenverschil onaanvaardbaar groot is, terwijl de heup die wij u aanbieden qua kwaliteit aanvaardbaar is.' Kan de patiënt aanspraak maken op 'het beste van het beste'? Wat moet in het kader van 'het recht op gezondheidszorg' de reactie zijn van de arts? Aanvaard is de opvatting dat het recht op gezondheidszorg niet verder reikt dan de polsstok lang is. De patiënt kan slechts aanspraak maken op de algemeen aanvaarde, minder dure zorg en dus 'het beste van het beste' vergeefs eisen. In dat licht is de stelling verdedigbaar dat juist over alternatieven die worden uitgesloten, niet behoefte te worden geïnformeerd.

In dit geval zegt de richtlijn dat de patiënte naar een gynaecoloog moet worden verwezen; dat althans is het *advies*. De huisarts meent dat zij dit advies niet moet volgen en heeft daar goede redenen voor. Het komt ons voor dat de informatieplicht *niet* inhoudt dat de arts moet mededelen dat er een advies aan haar is, dat zij om haar moverende redenen niet wil opvolgen.

Beschouwing

De professionele autonomie is voor artsen van vitaal belang. Omgekeerd impliceert deze autonomie dat het vak op hoog niveau wordt beoefend – "noblesse oblige". De professe is het aan haar stand verplicht om te bevorderen dat er 'verantwoorde zorg' wordt geleverd.⁸ Daarom worden richtlijnen ontwikkeld. Vrijheid om richtlijnen integraal links te laten liggen, is er voor de individuele huisarts niet.

Richtlijnen dienen wel aan een aantal voorwaarden te voldoen en moeten breed door de beroepsgroep worden gedragen. Consensusrichtlijnen en NHG-standaard-

den zijn voorbeelden van professionele richtlijnen. Het feit dat specialisten en huisartsen deel uitmaken van de beroepsgroep, verplicht hen om de richtlijnen serieus te nemen.

Dat betekent niet dat de huisarts de standaard altijd moet volgen. In een individueel geval kan de huisarts afwijken, als een richtlijn uit de standaard 'verantwoorde zorg' juist belemmert. De huisarts moet een dergelijk niet-opvolgen van richtlijnen altijd op inhoudelijke argumenten kunnen motiveren. Er bestaat dus een zekere mate van vrijheid voor de individuele arts om te bepalen of de door de beroepsgroep opgelegde regel in de individuele patiëntensituatie bindend is. De arts dient dan de overtuiging te hebben dat de richtlijn in zijn algemeenheid niet deugdelijk is of dat toepassing in het concrete geval niet verantwoord is.

In het eerste geval mag de arts het er niet bij laten zitten. De arts dient de ondeugdelijkheid aan de kaak te stellen en te proberen hier te bestemder plaatse verandering in te brengen. Als er sprake is van een niet verantwoorde toepassing, moet de arts zich kunnen beroepen op het juridisch verankerde 'goed hulpverlenerschap'. De rechter zal de arts er bij de toetsing van de professionaliteit van het handelen op afrekenen. De huisarts in de casus kan niet worden beticht van slaafse navolging. Integendeel: haar handelen komt uiterst weloverwogen over. Zij handelt onmiskenbaar professioneel door de patiënt niet onnodig ongerust te maken.

Richtlijnen zijn – net zo min als rechtsregels – perfect. Veel is nu eenmaal niet *evidence based*. Soms zijn er meer wetenschappelijke visies mogelijk, soms zijn deze visies zelfs tegenstrijdig. Er kunnen tekortkomingen zijn in de totstandkoming van richtlijnen, richtlijnen kunnen achterhaald of niet up-to-date zijn. Dat zijn voor de medische professe blijkbaar geen redenen om richtlijnen af te zweren. Het betekent wel dat de arts alert moet blijven en moet voorkomen dat het slaafs opvolgen van richtlijnen leidt tot een verwerpelijke soort kookboekgeneeskunde.

andere hulp bij stagnatie en persisteren van de klachten.

- Terughoudendheid van de huisarts met symptomatische behandeling (zoals fysiotherapie en manuele therapie).
- Wekelijkse begeleiding, indien er na drie weken nog veel klachten zijn en de huisarts besluit om zelf het copinggedrag te bespreken.
- Verwijzing naar een whiplashgroep in een revalidatiecentrum, indien een maand later nog geen verbetering is opgetreden. De whiplashgroep biedt steun en begrip, lotgenotencontact, psychologische hulp en conditieverbetering.

Beschouwing

In het disfunctiemodel als verklaring voor het bevorderen en voortbestaan van het

whiplashsyndroom spelen zowel somatische als psychische factoren een rol. Met name het omgaan met de pijn en beperkingen (coping) lijkt van belang. Het disfunctiemodel is echter een hypothetisch werkmodel, dat nader onderzocht zou moeten worden. Toetsbare hypothesen zijn bijvoorbeeld:

- Patiënten met een weinig flexibele (te flinke of te passieve) coping na een whiplashtrauma hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een whiplashsyndroom dan patiënten die meer flexibel omgaan met hun pijn en beperkingen.
- Wanneer het bij de behandeling van patiënten met een whiplashsyndroom lukt de zelfcontrole te vergroten door hun coping te veranderen, is de prognose beter dan wanneer dit niet lukt.

Dankbetuiging

Met dank aan prof.dr. J. de Vries, revalidatiearts, en mw. G.C. van Wijngaarden-Dijkstra, medisch secretaresse, voor hun steun. De deelnemers van de whiplashcursussen van de Van Hoytema Stichting motiveerden mij tot het schrijven van dit artikel.

Literatuur

- 1 Ronnen HR, De Korte PhJ, Brink PRG, et al. Geen indicatie voor MRI-onderzoek van patiënten met acuut whiplashtrauma; een prospectief onderzoek bij 100 patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1858-63.
- 2 Minderhoud JM. Neurologie en het whiplashtrauma. In: Fisher AJEM, Kingma H, Patijn J. *Het Whiplash probleem*. *Data Medica*, 1992: 114-23.
- 3 Van Wijngaarden GK. Het late 'whiplash-syndroom'; realiteit of fictie? *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:279-83. ■

Richtlijn, plichtlijn?

Literatuur

- 1 Legemaate J, redactie. *De WGBO: van tekst naar toepassing*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- 2 Sluyters B, Biesart MCIH. *De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1995.
- 3 Van Wijmen FCB. *Het recht, de professionele autonomie en richtlijnen voor medisch handelen*. *Kwaliteit en Zorg* 1996;1:25-33.
- 4 Legemaate J. *Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening*. Preadvies 1994 Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht, 1994.
- 5 Van Wijmen FCB, Grol RPTM. *Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde*. *Huisarts Wet* 1992;35:235-9.
- 6 Borst-Eilers E. *Geneeskunde en gezondheids-*

recht. In: Hubben JH, Roscam Abbing HDC, redactie. *Gezondheidsrecht in perspectief*. Utrecht: *De Tijdstroom*, 1993: 39-46.

- 7 Grol RPTM, Van Everdingen JJE, Casparie AF. *Het invoeren van richtlijnen en veranderingen*. Utrecht: *De Tijdstroom*, 1994.
- 8 Van Wijmen FCB. *Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg*. Deventer: Kluwer, 1996. ■