

Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen

G.F.Koerselman en A.Korzec

Uit het leven van de moderne arts zijn richtlijnen niet meer weg te denken. Ze zijn een onmisbaar instrument geworden om de kwaliteit van medische zorg te verbeteren. Ze bieden de arts aanknopingspunten voor het maken van de beste keuzen op het gebied van diagnostiek of behandeling, en ze laten aan patiënten zien wat op een bepaald terrein als 'best practice' mag gelden. Toch komt het in de praktijk regelmatig voor dat een richtlijn naar het oordeel van de clinicus onvoldoende aansluit bij de bijzonderheden van een specifieke casus. De mate waarin zich dat voordoet is afhankelijk van de betreffende aandoening en daarmee van het specialisme van de arts, maar men kan ervan uitgaan dat iedere arts wel eens met zulke discrepanties wordt geconfronteerd. Vooral bij complexe problemen, zoals binnen de psychiatrie, doen deze discrepanties zich relatief vaak voor. Dat verklaart de betrokkenheid van de auteurs bij dit onderwerp.

RICHTLIJNEN ALS KEURSLIJF?

Dat richtlijnen vaak als een keurslijf worden ervaren, is op zichzelf niet terecht. Het is waar dat ze in de regel uitgaan van de principes van evidence-based medicine; die uitgangspunten verwijzen echter – anders dan men soms meent – niet alleen naar uitkomsten van gerandomiseerd empirisch onderzoek, maar ook naar de klinische ervaring van de individuele arts en naar 'patient values', zoals Sackett, de grondlegger van de evidence-based medicine, expliciet heeft aangegeven.¹

In ons land heeft de Hoge Raad bevestigd dat van richtlijnen of protocollen mag worden afgeweken, mits die afwijking deugdelijk wordt gemotiveerd.² Men kan een patiënt zelfs schaden door stipt een richtlijn te volgen die in een bepaalde situatie niet of gedeeltelijk niet van toepassing is.

AFWIJKEN VAN RICHTLIJNEN ALS RISICO

Daar staat tegenover dat patiënten richtlijnen ook gebruiken om het handelen van hun arts te toetsen en dat de kans op klachten, tuchtzaken en schadeclaims groter is dan in het verleden. Wanneer een arts kan motiveren waarom hij of zij van een richtlijn is afgeweken, is er waarschijnlijk weinig

te vrezen, maar het probleem is dat niemand precies weet wanneer zo'n motivering nu wel of niet acceptabel is. De argumenten liggen niet op voorhand klaar; er is zelfs geen procedure die aangeeft hoe men zulke argumenten zou kunnen vinden en staven.

Overigens hoeft niet alleen individuele casuïstiek tot het afwijken van een richtlijn te nopen; het is mogelijk dat men structureel een andere keuze wil maken dan de richtlijn voorschrijft. Een dergelijke keuze zou vervolgens vastgelegd kunnen worden in een instellingsprotocol. De motiveringslast wordt in dat geval nog zwaarder: deze geldt dan niet alleen ten opzichte van klachtencommissies, de Inspectie voor de Gezondheidszorg of gerechtelijke instanties, maar speelt ook een rol in onderhandelingen met ziektekostenverzekeraars, die in toenemende mate kwaliteitseisen stellen aan de door hen gecontracteerde zorg. Een van die eisen kan zijn dat de zorg volgens erkende richtlijnen verloopt. Bij een structurele afwijking daarvan zal men met goede argumenten moeten komen.

POSITIEF EFFECT VAN GEMOTIVEERD AFWIJKEN

Het is echter niet alleen vanuit defensief oogpunt van belang dat men afwijkingen van richtlijnen goed motiveert. Het komt de kwaliteit van de zorg ten goede als motieven voor afwijkingen adequaat worden vastgesteld. Wanneer zulke argumenten systematisch ter kennis zouden komen van de juiste medisch-wetenschappelijke vereniging, zou deze haar richtlijncommissie kunnen voorzien van waardevol materiaal ter actualisering en verbetering van de betrokken richtlijn.

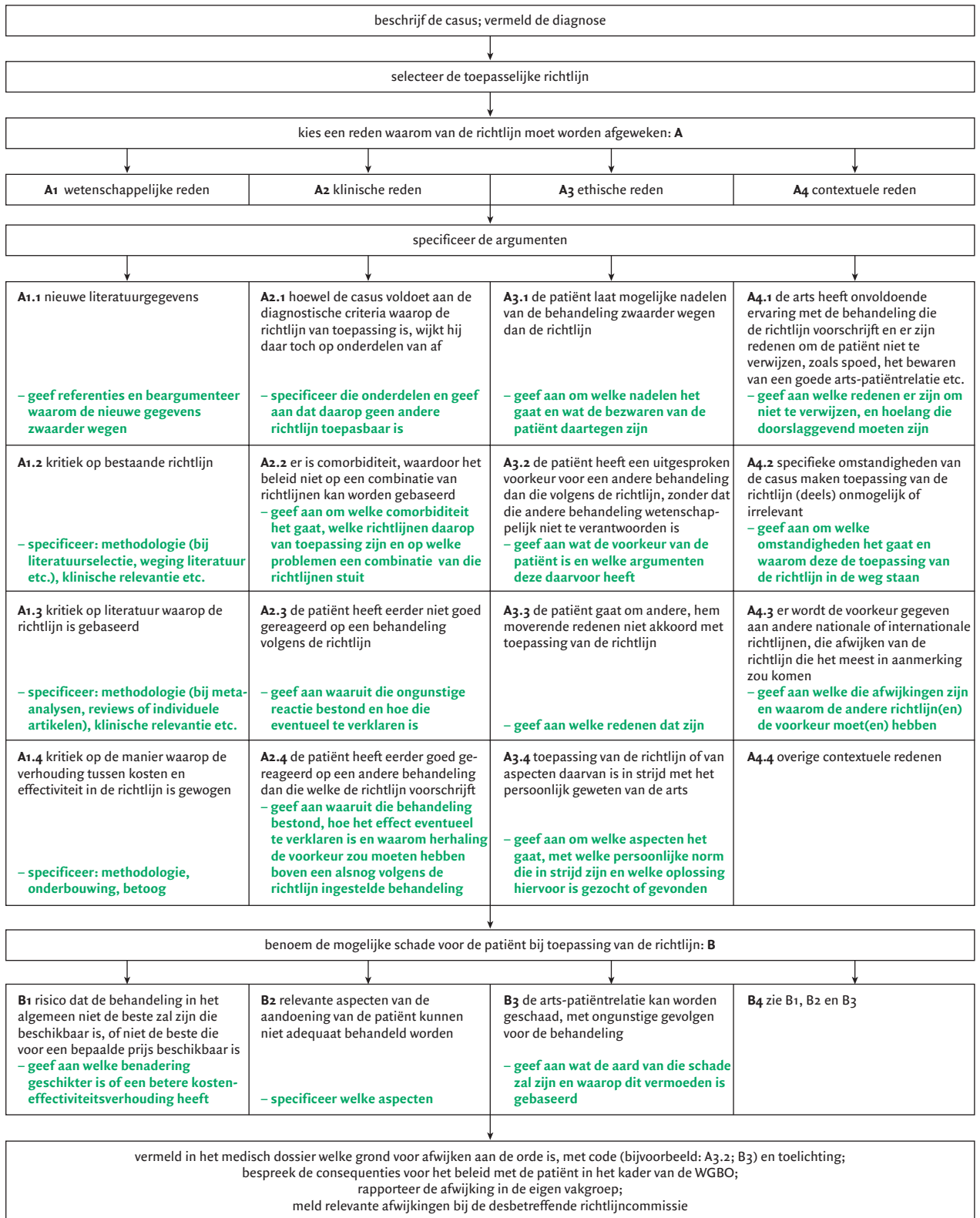
EEN CHECKLIST

Paradoxaal genoeg pleit dit alles voor een 'richtlijn voor het afwijken van richtlijnen'. Naar ons oordeel zijn artsen gebaat bij een checklist van argumenten om van een richtlijn af te wijken. De argumenten dienen overzichtelijk en zo eenduidig mogelijk te zijn. Aan de hand van een algemene omschrijving moet men ze per casus concreet kunnen invullen. Ook moet het mogelijk zijn per argument aan te geven in welk opzicht het de patiënt zou schaden als de richtlijn ongewijzigd zou worden toegepast. In de figuur is een checklist weergegeven zoals die er in onze ogen uit moet zien. Op basis van de genoemde uitgangspunten stellen wij voor de argumenten om van een richtlijn af te wijken in te delen in 4 categorieën, te weten:

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam.

Hr.prof.dr.G.F.Koerselman (tevens: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afd. Psychiatrie, Utrecht) en hr.dr.A.Korzec, psychiaters.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.G.F.Koerselman (f.koerselman@slaz.nl).



Voorstel voor een checklist die artsen in kunnen vullen wanneer zij bij de behandeling van een patiënt afwijken van bestaande richtlijnen. WGBO = Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

- wetenschappelijke redenen;
- klinische redenen;
- ethische redenen;
- contextuele redenen.

Deze 4 redenen hangen dan samen met 4 mogelijke vormen van schade voor de patiënt als in het betreffende geval niet van de richtlijn zou worden afgeweken, te weten:

- het risico dat de behandeling niet de beste zal zijn die beschikbaar is, of niet de beste die voor een bepaalde prijs beschikbaar is;
- het risico dat relevante aspecten van de aandoening van de patiënt niet adequaat behandeld worden;
- het risico dat de arts-patiëntrelatie wordt geschaad, met ongunstige gevolgen voor de behandeling;
- het risico dat specifieke situationele of persoonsgebonden factoren de behandeling schaden.

Het formuleren van wetenschappelijke redenen zal meestal niet op de weg liggen van een individuele arts. Het is echter onze ervaring dat artsen in een samenwerkingsverband goed in staat zijn om op grond van nadere studie van literatuur tot een afwijkend lokaal protocol te komen. De overige 3 redenen zijn wel hoofdzakelijk van toepassing op individuele casuïstiek.

Bij het afwijken van een richtlijn zou de arts eerst moeten aangeven welke diagnose aan de orde is. Een korte omschrijving van de casus is nodig, omdat daarin aanknopingspunten zullen staan voor de voorgestelde afwijking van de gebruikelijke handelwijze. De toepasselijke richtlijn wordt geselecteerd. Vervolgens vinkt de arts in de checklist voor het afwijken van richtlijnen één of meer redenen aan waarom de eerdergenoemde richtlijn in de betreffende situatie niet toepasbaar is. Bij die argumenten wordt een specificatie gegeven. De arts vermeldt wat de mogelijke schade voor de patiënt zou zijn als de richtlijn toch ongewijzigd zou worden toegepast. Tenslotte wordt aangegeven dat het bovenstaande met de patiënt is besproken in het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

Het lijkt ons praktisch als een dergelijke checklist op papier in de status beschikbaar zou zijn; nog beter is het als de lijst deel zou uitmaken van het elektronisch patiëntendossier. Zoals al aangegeven zou het daardoor ook mogelijk worden dergelijke lijsten geanonimiseerd ter beschikking te stellen van de betreffende richtlijncommissies, zodat deze er bij de aanpassing van richtlijnen gebruik van kunnen maken.

EXTRA BUREAUCRATIE?

Een bezwaar tegen ons voorstel zou kunnen zijn dat het opnieuw tot registratiedruk en bureaucratie leidt. Naar ons oordeel is dat echter niet reëel. Immers, de verplichting om een afwijking van richtlijnen te motiveren bestaat ook nu al. Dat dit niet of onvoldoende gebeurt, betekent niet dat de

arts zich van die belasting gevrijwaard zou mogen wanen. Een checklist zoals wij die voorstellen, zou het eenvoudiger maken de bestaande verplichting na te komen. Niettemin vergt afwijken om wetenschappelijke redenen ook dan studie, overleg en dus tijd, maar de checklist kan voorkomen dat men ten onrechte van die investering afziet.

Afwijken om andere redenen kan men naar onze mening eenvoudig en zonder veel tijdverlies motiveren met behulp van de checklist. Wanneer bijvoorbeeld een huisarts op een druk spreekuur besluit dat het eigenlijk geen zin heeft om een 86-jarige patiënte een statine voor te schrijven, is die situatie in de door ons voorgestelde checklist gemakkelijk te plaatsen onder punt A4.2. Mocht de huisarts er niet aan ontkomen om een patiënt met een virale infectie een antibioticum voor te schrijven, met als doel een onnodige verwijzing te voorkomen, dan kan dat in de checklist eenvoudig worden genoteerd onder punt A3.1.

KWALITEIT VAN ZORG

Niet alleen kan een checklist de arts beschermen tegen klachten, tuchtzaken of schadeclaims, de lijst kan ook bijdragen tot een betere kwaliteit van de zorg. Door het afwijken van een richtlijn bewust te motiveren kan de arts de kwaliteit van zijn of haar handelen verbeteren. Ongemotiveerde – en daardoor vaak ook ongerechtvaardigde – afwijkingen kunnen beter worden tegengegaan. Tenslotte kan men met de geanonimiseerde gegevens de kwaliteit van richtlijnen verbeteren. Daarmee zou ook beter kunnen worden voldaan aan de eisen van evidence-based medicine, zoals die door Sackett et al. zijn geformuleerd.¹

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 28 april 2008

Literatuur

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312:71-2.
- 2 Uitspraak Hoge Raad. Juridisering van richtlijnen en protocollen. *Med Contact*. 2005;60:812-4.

Abstract

A proposed checklist when deviating from guidelines. – Guidelines are proven to enhance the quality of medical practice. They give patients the opportunity to check whether a proposed treatment plan meets current standards. In clinical practice, however, there may be good reasons to deviate from a guideline. Such deviations must be supported by valid arguments. The authors propose a checklist of possible arguments for deviating from guidelines. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:1757-9