TOELICHTING

TOEPASSEN EN AFWIJKEN VAN AANBEVELINGEN IN RICHTLIJNEN

Richtlijnen die ruimte bieden voor en bijdragen aan passende zorg

Versie 24 februari 2026

Totstandkoming van dit document
Dit document is door de Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en Nederlands Huisartsen Genootschap opgesteld. Daarbij is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) betrokken geweest. Zij steunt de inhoud van dit document. Patiëntenfederatie Nederland, ActiZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en UMCNL hebben gedurende de commentaarfase input gegeven.

Copyright
© Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en Nederlands Huisartsen Genootschap, februari 2026

Disclaimer
De opstellers hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van deze leidraad. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voorvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit document.

1. Inleiding

De zorg helpt mensen een leven te leiden dat voor hen waardig en betekenisvol is. Zorg is dan ook gericht op het toevoegen van waarde aan het leven, de gezondheid en het functioneren van mensen. Tegelijkertijd zijn er maatschappelijke uitdagingen. De Nederlandse bevolking vergrijst. We zien dat de zorgvraag complexer wordt, terwijl de beroepsbevolking krimpt. Deze ontwikkelingen brengen vragen met zich mee, zoals: hoe houden we de zorg toegankelijk voor iedereen die het nodig heeft? En hoe verdelen we schaarse zorgmiddelen eerlijk over alle patiënten? Er zal steeds meer een balans gezocht moeten worden tussen de behoeften van patiënten[1] en deze maatschappelijke uitdagingen.

Om de zorg ook in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden, is in het Integraal Zorgakkoord (IZA)[2] afgesproken in te zetten op de beweging naar passende zorg. In het IZA wordt passende zorg omschreven aan de hand van vijf kernprincipes, zoals weergegeven in kader 1.

Kader 1: Vijf principes passende zorg

De vier principes gebaseerd op Kader passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven (dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast doelmatige inzet van mensen middelen en materialen).
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt.
- Passende zorg is de Juiste Zorg op de Juiste Plek.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Daarnaast is passende zorg alleen te realiseren met voldoende zorgprofessionals, die met plezier aan het werk zijn en blijven in de zorgsector. In het IZA is dan ook een principe toegevoegd.

- Passende zorg vindt plaats in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

In Nederland bieden de diverse beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen ondersteuning aan een landelijk kwaliteitsbeleid. In dit beleid vormen richtlijnen een belangrijke basis.

Een richtlijn is een openbaar toegankelijk document met aanbevelingen die zorgprofessionals en patiënten ondersteunen bij het nemen van beslissingen in de dagelijkse zorgpraktijk. Ze komen tot stand in een gedegen en transparant proces. Naast het primaire doel van het ondersteunen van klinische besluitvorming tussen de zorgverlener en de patiënt (samen beslissen), zijn secundaire doelen het verminderen van de ongewenste praktijkvariatie en transparanter maken van handelen. Richtlijnen zijn dan ook van grote maatschappelijke waarde. De aanbevelingen vormen richtinggevende adviezen op groepsniveau die in de dagelijkse praktijk in de context van het individu moeten worden geplaatst. Er vindt continu onderhoud van professionele richtlijnen plaats om deze

[1] Waar patiënten of patiënt genoemd staat, kan ook cliënt of zorgvrager gelezen worden.
[2] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg

zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de laatste inzichten en landelijke context om zo passende zorg te bevorderen.

Ondanks bovenstaande, zien we dat er ook vragen leven in het veld met betrekking tot het toepassen en afwijken van richtlijnen. Soms worden aanbevelingen in richtlijnen te vrijblijvend of te strikt toegepast, en kan het voorkomen dat een aanbeveling (onbedoeld) niet eenduidig geformuleerd is. Ook zien we dat er behoefte kan zijn om initiatieven te ontplooien die (mogelijk) in tegenspraak zijn met de geldende richtlijnen. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)[3] is een afspraak opgenomen om 'passende zorg initiatieven' ruimte te geven, ook waar de geldende richtlijn nog een andere handelwijze adviseert.

In dit kader is het belangrijk om enerzijds aan te geven hoe richtlijnen worden toegepast en welke ruimte er al is om af te wijken en anderzijds de verhouding tussen aanbevelingen in richtlijnen en (beoogde) lokale of regionale initiatieven voor het bevorderen van passende zorg duidelijker te schetsen. Wanneer zorgprofessionals de al beschikbare ruimte beter herkennen en benutten, wordt het naar verwachting voor hen makkelijker om richtlijnen op de juiste wijze te gebruiken en passende zorg te verlenen.

Dit document beoogt richting te geven aan het op de juiste wijze toepassen en afwijken van aanbevelingen in richtlijnen. Het bestaat uit vier onderdelen:

1. Een korte toelichting op richtlijnen, richtlijnonderhoud en de juridische betekenis (hoofdstuk 2).
2. Een toelichting over hoe aanbevelingen in richtlijnen op de juiste manier toegepast worden in de praktijk, en welke ruimte er reeds binnen aanbevelingen in richtlijnen wordt geboden om passende zorg te verlenen (hoofdstuk 3).
3. Aandachtspunten voor als er op lokaal of regionaal de wens is om initiatieven te ontplooien die in tegenspraak zijn met de geldende richtlijnen (hoofdstuk 4).
4. Toelichting op hoe om te gaan met richtlijnen in het geval van (acute) (lokale) personele en/of materiële schaarste (hoofdstuk 5).

2. Richtlijnen, juridische betekenis en richtlijnonderhoud

Richtlijnen vormen al vele jaren een belangrijke basis van het professionele kwaliteitsbeleid. Zorgprofessionals nemen de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen als uitgangspunt bij het handelen in de praktijk.

Een algemeen geaccepteerde definitie van een richtlijn is:
"*Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers*." (AQUA-leidraad, 2021[4])

Richtlijnen geven met expliciete, op wetenschappelijke literatuur en expertise en ervaringen van zorgprofessionals en patiënten gebaseerde aanbevelingen antwoord op specifieke zorginhoudelijke

[3] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa

[4] De AQUA-leidraad beschrijft belangrijke elementen in het richtlijnontwikkelproces e is te vinden op https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad . AQUA is een netwerk van deskundigen in Nederland op het gebied van methodologie voor richtlijnen in de zorg.

of organisatorische vragen. Deze vragen adresseren de meest prangende knelpunten die in de praktijk in het zorgproces van de patiënt worden ervaren. Aanbevelingen kunnen dan ook betrekking hebben op preventie, screening, diagnostiek, behandeling, nazorg, follow-up en organisatie van zorg. Ook om bepaalde technische handelingen in het zorgproces te standaardiseren en te optimaliseren kunnen aanbevelingen in een richtlijn gegeven worden.

Zoals in de inleiding beschreven hebben richtlijnen primair tot doel de klinische besluitvorming van zorgprofessional en patiënt te ondersteunen (samen beslissen). In een richtlijn worden aanbevelingen op groepsniveau beschreven. Naast beoordeling van het wetenschappelijk bewijs, de expertise en ervaringen van zorgprofessionals en patiënten worden in richtlijnen worden ook maatschappelijke aspecten zoals kosten, duurzaamheid, haalbaarheid en gelijkheid meegewogen bij het opstellen van de aanbevelingen. Zo wordt naast goede zorg voor de patiënt, ook bijgedragen aan toekomstbestendige zorg en het ondersteunen van passende zorg.

De juridische betekenis van richtlijnen wordt toegelicht in kader 2.

De richtlijnpartijen hanteren een grotendeels vergelijkbare en gestructureerde werkwijze voor het ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen, in lijn met de AQUA-leidraad en internationale criteria. Voor meer details zie ook Handleiding ontwikkelen van NHG-richtlijnen[5], Medisch specialistische richtlijnen 3.0[6] van de Federatie en/of Kwaliteitsbeleid richtlijnen van V&VN (in ontwikkeling)[7].

Richtlijnen worden opgesteld en onderhouden binnen richtlijnprogramma's; er vindt binnen dergelijke programma's continu onderhoud van richtlijnen plaats. Deze programma's kennen een structurele wijze van werken, waarbij belangrijke nieuwe inzichten en knelpunten het onderhoud aandrijven. Dit kunnen nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn, maar ook ontwikkelingen in de praktijk of maatschappij die maken dat de huidige aanbevelingen niet meer passend zijn.
Soms blijken er aanbevelingen te zijn die niet duidelijk zijn geformuleerd en zodoende kunnen leiden tot ongewenste praktijkvariatie. Dit zijn redenen om de betreffende aanbeveling te herzien. Waar nodig kan dit ook versneld.

Om richtlijnen zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de laatste inzichten en landelijke context en om passende zorg te bevorderen, is een terugkoppeling naar de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen door leden en overige externe stakeholders erg belangrijk. Aangezien er ook bij richtlijnontwikkelaars sprake is van schaarste aan mensen en middelen, moeten er prioriteiten worden gesteld. Alleen met de juiste input kan men de juiste keuzes maken.

[5] https://richtlijnen.nhg.org/handleidingen/ontwikkelen-van-nhg-richtlijnen
[6] https://richtlijnendatabase.nl/werkwijze/richtlijnen_3_0.html
[7] Projecten per thema | V&VN

Kader 2: *Juridische betekenis van richtlijnen*
Richtlijnen zijn onderdeel van de professionele standaard en hebben mede daardoor een juridische betekenis. Echter zijn het geen wetten of juridisch dwingende voorschriften. Aanbevelingen uit richtlijnen richten zich hoofdzakelijk op de 'gemiddelde patiënt', daarom kunnen of moeten zorgprofessionals in individuele gevallen soms afwijken van de aanbeveling om de juiste zorg te kunnen bieden. Het is belangrijk dat dit dan in samenspraak met de patiënt (en/of naasten) gebeurt en vanuit professioneel oogpunt goed beargumenteerd en gedocumenteerd wordt.

Documenten die tot de professionele standaard behoren, zijn één van de mogelijke referentiepunten die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan benutten bij het gesprek met zorgaanbieders over het verlenen van goede zorg. Daarnaast handhaaft de IGJ naleving van wettelijke bepalingen over het verlenen van goede zorg. Daarbij kunnen de documenten die tot de professionele standaard behoren gebruikt worden als referentiepunt.

Ook in het kader van tuchtrecht worden documenten die tot de professionele standaard behoren gebruikt. Een tuchtrechter gebruikt o.a. richtlijnen om te bepalen of de beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van de professionele standaard heeft gehandeld.

3. Ruimte binnen richtlijnen voor passende zorg

Gepubliceerde aanbevelingen in richtlijnen ondersteunen in principe passende zorg. De aanbevelingen op groepsniveau zijn richtinggevende adviezen die in de context van de individuele patiënt geadresseerd moeten worden. Binnen het proces van samen beslissen bespreken de zorgprofessional en patiënten samen welk vervolgtraject het beste bij de patiënt past. Hierbij worden de mogelijke opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen. Richtlijnen zijn dan ook geen keurslijf of wettelijk voorschrift (zie hoofdstuk 2), maar een hulpmiddel om samen met de patiënt tot een goed onderbouwde keuze te komen. Richtlijnen geven dus zowel richting en ruimte: zij geven een onderbouwd kader op groepsniveau, maar laten altijd ruimte voor maatwerk in het gesprek tussen zorgverlener en patiënt (en/of naasten). Deze ruimte kan groot zijn, maar kan ook beperkter zijn. Deze ruimte uit zich in de formulering van de aanbeveling.

Bij onderwerpen waarbij verwacht wordt dat een interventie of werkwijze noodzakelijk is (bijv. In het kader van de veiligheid of een spoedsituatie) - is de ruimte beperkt. Een voorbeeld is het doen van een time-out procedure voor een operatie. Hiernaast zal er, indien de voordelen van een interventie of werkwijze duidelijk opwegen tegen de nadelen (d.w.z. er passend bewijs is), worden gekozen voor een zogenaamde *sterke* aanbeveling voor het inzetten van bepaalde zorg bij betreffende (sub)groep patiënten. Een sterke aanbeveling voor een bepaalde interventie betekent dat de voordelen groter dan de nadelen (of vice versa) voor bijna alle patiënten. Waarschijnlijk zullen alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten dan ook deze optie kiezen. Het is daarmee echter nog geen stringent voorschrift; zelfs een sterke aanbeveling gebaseerd op bewijs van hoge kwaliteit zal niet altijd van toepassing zijn onder alle mogelijke omstandigheden en voor elke individuele patiënt (zie ook de paragraaf 'Juridische betekenis van richtlijnen'). Een patiënt kan ook altijd afzien van een interventie. Niet of anders handelen kan dan ook passende zorg zijn. In deze situaties is het belangrijk om goed te documenteren.

Bij veel aanbevelingen is er meer ruimte: dat zijn zogenoemde *zwakke* aanbevelingen. Een zwakke (of voorwaardelijke/conditionele) aanbeveling betekent dat de voordelen groter zijn dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten. Waarschijnlijk zal de meerderheid van de geïnformeerde

patiënten deze optie kiezen, maar een substantieel gedeelte van de patiënten zal een alternatieve optie kiezen. De keuze voor welke optie is dan, in overleg tussen zorgprofessional en patiënt, afhankelijk van de waarden, voorkeuren en de situatie van de patiënt. Waarbij net als bij sterke aanbevelingen de patiënt ook bij zwakke aanbevelingen kan worden afgezien van betreffende interventie.

Een groot deel van de richtlijnen biedt dus al voldoende ruimte voor het bieden en organiseren van passende zorg. Toch wordt dat in de praktijk niet altijd ervaren. In sommige gevallen is er meer ruimte gewenst (zie hoofdstuk 4), maar soms zien we ook in de praktijk dat aanbevelingen door zorgprofessionals en organisaties/instellingen te vrijblijvend of strikt worden geïnterpreteerd, terwijl ze bijvoorbeeld wel degelijk tot doel hadden om bepaalde diagnostiek of behandeling op populatieniveau vaker of juist minder vaak toe te passen.

Om het te strikt toepassen van richtlijnen tegen te gaan, wordt er vaker geopperd om in algemene zin meer ruimte te bieden in aanbevelingen, om zo passende (persoonsgerichte) zorg te bevorderen. Maar ‘heel ruim geformuleerde aanbevelingen’ geven weinig richting en zullen niet bijdragen aan de beoogde kwaliteitsverbetering, vermindering van ongewenste praktijkvariatie en het bieden van passende zorg.

De te strikte toepassing van richtlijnen – en daarmee het defensief handelen - wordt ook regelmatig in verband gebracht met angst van de zorgprofessional voor klachten en tuchtzaken. Echter in een recente studie werd gevonden dat slechts in 2% van de gegrond verklaarde tuchtzaken met een zorginhoudelijk onderwerp (‘geen of onvoldoende zorg’ en ‘onjuiste behandeling/verkeerde diagnose’), een medisch inhoudelijke richtlijn in de overwegingen als expliciete reden voor het gegrond verklaren van een of meerdere klachtenonderdelen werd aangehaald[8]. Hoewel in deze studie niet is onderzocht hoe vaak het afwijken van de richtlijn meespeelde bij bijv. het aanspannen van de tuchtzaak of impliciet is meegewogen door het tuchtcollege, is grote angst mogelijk niet terecht. Het lijkt vooral van belang om keuzes goed te bespreken met de patiënt, en deze te onderbouwen in het dossier.

Als laatste is het ook van belang te letten op een mogelijk te rigide vertaling van aanbevelingen naar lokale protocollen en zorgpaden. Bijvoorbeeld door het opnemen van alle mogelijke diagnostiek die benoemd wordt in de richtlijn of ongewenste dichotomisering van de opties.

4. Er is een richtlijn maar er is meer ruimte gewenst om passende zorg te bieden

Nb. Dit hoofdstuk gaat niet over aanbevelingen in richtlijnen die niet toepasbaar zijn door personele en/of (acute) materiële schaarste. Lees hiervoor hoofdstuk 5 *‘Afwijken van richtlijnen door personele of materiele schaarste’*.

Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven, wordt in de praktijk niet altijd ervaren dat aanbevelingen in richtlijnen voldoende ruimte bieden en is er meer ruimte gewenst.
Innoveren en ontwikkelen van nieuwe best practices zijn onderdeel van een actieve leercultuur. Daarbij kan het voorkomen dat een gewenst (lokaal of regionaal) initiatief (tijdelijk) in tegenspraak is met geldende richtlijnen en daarmee structureel (dus niet gezien in het licht van de individuele context van de patiënt) de bestaande ruimte die geboden wordt in de betreffende richtlijn(en) lijkt te overschrijden.

[8] Weller, van Bodegom-Vos, Repping & Hamming, 2025. Hoe zwaar wegen richtlijnen in oordeel tuchtcollege? Een analyse van gegrond verklaarde tuchtzaken. Ned Tijdschr Geneesk. 2025; 169: D8577

Indien lokaal of regionaal de wens is om initiatieven te ontplooien die (tijdelijk) in tegenspraak zijn met de geldende richtlijnen, dan is het belangrijk om:

- Beargumenteerd bij de beroeps- of wetenschappelijk vereniging aan te geven dat een aanbeveling aangepast zou moeten worden. De argumentatie is bijvoorbeeld nieuw bewijs/nieuwe inzichten. De vereniging zal het signaal beoordelen of doorsturen naar de betreffende regiehouder. De regiehouder kan het signaal meenemen in het reguliere onderhoud van richtlijnen, of – indien de situatie daarom vraagt – de aanbeveling in een versnelde procedure herzien. Het is daarbij belangrijk dat de procedures zorgvuldig worden gevolgd, zodat de besluitvorming voldoet aan de eisen die we aan richtlijnontwikkeling stellen. Bijvoorbeeld dat het bewijs systematisch wordt samengevat en alle belangrijke factoren, zoals het patiëntenperspectief, worden meegewogen.
- Voldoende betrouwbare gegevens te verzamelen over de werking en toepasbaarheid van het initiatief. Het verzamelen van betrouwbare gegevens (bijv. via wetenschappelijk onderzoek) draagt bij aan de onderbouwing die noodzakelijk is voor de aanpassing van richtlijnen en bredere opschaling.
- Expliciet aandacht te besteden aan belangrijke randvoorwaarden voor veilige, kwalitatief goede zorg en de veiligheid te monitoren en evalueren.

5. Afwijken van richtlijnen door personele of materiele schaarste

Op dit moment zijn schaarste aan personeel en/of hulp- of geneesmiddelen in de zorg veelvoorkomende en reële problemen. Het zet de toegankelijkheid van zorg onder druk, leidt tot (lange) wachtlijsten en tot ongelijkwaardige toegang tot zorg en willekeur. Soms is het voor zorgprofessionals door deze personele en/of acute materiële schaarste ook niet mogelijk om de (aanbevelingen in) richtlijnen te volgen.

Deze typen schaarsten vereisen een legitieme aanpak voor het maken van keuzes bij patiënten waarvoor een interventie (of andere zorg) weliswaar passend is, maar die niet kan worden geleverd. In deze gevallen gaat het niet over het bieden van passende zorg, maar over het verdelen van kritieke schaarste. De IGJ heeft ten tijde van de COVID-19 pandemie een publicatie[9] hierover uitgebracht die in dit licht nog steeds relevant is. Zij geeft aan dat het bieden van veilige en verantwoordelijke zorg voorop staat en dat zorgprofessionals zoveel mogelijk vast moeten kunnen blijven houden aan kernwaarden in de zorg, zoals menslievendheid, solidariteit en gelijkwaardigheid. Professionele afwegingen moeten navolgbaar zijn en worden vastgelegd. Het is belangrijk dat er sprake is van voorbereiding (landelijk, in de verschillende sectoren en in de regio's) en hiernaast zijn afspraken over in welke situatie welke maatregelen worden getroffen belangrijk.[10] Dit sluit goed aan bij de adviezen die worden gegeven door het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) binnen de publicatie 'Code Rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg'[11]. In deze publicatie onderzoekt het CEG morele uitgangspunten en keuzes bij langdurige schaarste in de zorg. Het CEG roept bewindspersonen, beleidsmakers, beroepsgroepen en bestuurders op om te komen tot beleid dat de verschillende morele uitgangspunten voor rechtvaardigheid combineert, waarbij het op voorhand bekend is dat niet aan alle uitgangspunten volledig recht kan worden gedaan. Beslissingsprocedures kunnen behulpzaam zijn.

[9] Toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg | Brochure | Rijksoverheid.nl
[10] Samen anders kijken: over regeldruk en de zorg die je je eigen familie en naasten gunt | Inspectie ...
[11] Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg | CEG - Centrum voor Ethiek en Gezondheid

In een recent opgeleverd breed gedragen adviesrapport ‘Met pakketbeheer naar passende zorg: samen verantwoordelijk’[12] wordt ook benoemd dat er voor deze situaties een maatschappelijk legitieme transparante aanpak nodig is, waarbij het ook een rol voor de overheid is om richting te geven aan de keuzes. De start van de uitwerking van deze aanpak wordt op korte termijn verwacht. Zodra de aanpak beschikbaar is, zal deze aan dit voorliggende document worden toegevoegd.

[12] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/06/12/met-pakketbeheer-naar-passende-zorg-samen-verantwoordelijk-een-effectieve-aanpak-voor-beter-pakketbeheer-in-de-strijd-tegen-schaarste