

Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief

Tijd voor een herziening?

Sjoerd Hobma, Johannes Dalhuijsen, Yvonne Engels

Samenvatting

Hobma SO, Dalhuijsen J, Engels YMP. Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief. Tijd voor een herziening? *Huisarts Wet* 2004;47(6):279-83.

In dit artikel vergelijken we het Nederlands systeem voor accreditering en herregistratie met enkele buitenlandse systemen. Nederland kan deze vergelijking goed doorstaan en ons systeem kent een verfrissende eenvoud. In het Verenigd Koninkrijk en andere Angelsaksische landen lijken de huidige inzichten over kwaliteit van zorg echter beter toegepast en geïntegreerd te zijn in het beleid. Zo maken deze landen meer gebruik van gegevens uit de praktijk, bieden meer ondersteuning aan artsen en praktijken met twijfelachtige resultaten en hanteren een meer gedifferentieerd systeem van prikkels om de kwaliteit te verbeteren. In Nederland worden de mogelijkheden van herregistratie en accreditering voor het verbeteren van de kwaliteit en het opsporen van slecht functionerende huisartsen onvolledig benut.

Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: S.O. Hobma, huisarts; University of Northumbria, Newcastle-upon-Tyne (GB): J. Dalhuijsen, huisarts; Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen: Y. Engels, gezondheidswetenschapper.

Correspondentie: sjoerd.hobma@hag.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Veel patiënten zouden zich zorgen maken als ze wisten dat hun arts zijn vak niet bijhoudt of een reputatie heeft als 'brokkenpiloot'. Overheden en artsorganisaties delen deze zorg, en proberen de kans op slecht functionerende artsen te minimaliseren.¹⁻³ The American Board of Family Practice introduceerde daarom in 1969 de herregistratie: een beperkte geldigheidsduur van het recht om een titel te voeren, gekoppeld aan enkele criteria.⁴

Ook in Nederland voerden huisartsen in 1988 als eerste beroepsgroep de herregistratie in. De duur van de herregistratie werd bepaald door het aantal praktijken per jaar.⁵ De herregistratie werd in 1996 bovendien gekoppeld aan een 'accrediteringssysteem' voor nascholing. 'Het (...) accrediteringssysteem is nodig opdat de huisartsen weten dat zij hun tijd goed besteden en de HVRC de garantie heeft dat de huisartsen degelijk onderwijs volgen.'⁶ Het College voor Accreditering, dat steeds ressorteerde

onder de LHV, werd om de onafhankelijkheid ervan te waarborgen, in 2003 overgedragen aan de KNMG.

Onze huisartsgeneeskunde heeft internationaal een goede naam en lange tijd heeft ook ons systeem voor herregistratie als voorbeeld kunnen gelden. Maar het buitenland heeft niet stilgestaan, terwijl ons systeem acht jaar na introductie in essentie ongewijzigd is. Hoe goed doen we het nog en wat kunnen we van andere landen leren? In dit artikel vergelijken we ons systeem van accreditering en herregistratie met de manier waarop dat in het buitenland plaatsvindt. Wij beantwoorden hierbij de volgende vragen:

- ▶ Welke eisen worden ten aanzien van accreditering en herregistratie gesteld?
- ▶ Hoe worden deze eisen gecontroleerd?
- ▶ Wat zijn de eventuele consequenties?

We zullen niet ingaan op definities van accreditering en certificering en beogen evenmin een uitputtend aantal landen te behandelen.³ De besproken landen zijn geselecteerd om een palet van mogelijkheden te illustreren, waarbij landen met een sterke huisartsgeneeskunde de meeste aandacht krijgen (*tabel*). Landen waar de huisartsgeneeskunde nauwelijks ontwikkeld is, of de gezondheidszorgbudgetten niet vergelijkbaar zijn met onze situatie laten we buiten beschouwing.

Onze bureaus

België

Recent zijn er diverse initiatieven van de grond gekomen om de kwaliteit van de huisartsenzorg te bewaken en te verbeteren, zoals de ontwikkeling van standaarden en indicatoren.⁷ Op nationaal niveau bestaat er een accreditatieprogramma voor huisartsen en specialisten.⁸ Accreditering is niet verplicht,⁸ maar huisartsen die aan het systeem deelnemen mogen 20 tot 25% hogere tarieven berekenen. Bijna 80% van de huisartsen is geaccrediteerd (persoonlijke mededeling L. Seuntjes). De accreditering gaat deels via het lidmaatschap van een Lokale Kwaliteitsgroep (LOK), die viermaal per jaar bij elkaar komt voor intercollegiale toetsing. Hier van worden verslagen gemaakt die worden beoordeeld door leescommissies. Maximaal 8 uur nascholing kan zo worden ingevuld (persoonlijke mededeling L. Seuntjes). De in totaal ongeveer 600 LOK's steunen op persoonlijke initiatieven van de deelnemers en

Tabel Belangrijke kenmerken van systemen voor herregistratie en accreditering in verschillende landen

	Nederland	Tsjechië	Dene- marken	Italië	België	Duitsland	Australië/ Nieuw Zeeland	UK	Canada
Regelmatige herregistratie	ja	nee	nee	ja	ja, vrijwillig	ja, vrijwillig	ja	ja	ja
Controle van:									
- leeractiviteiten	ja	nee	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja
- verbeteractiviteiten	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja
- feitelijk handelen	nee	ja*	nee	nee	nee	nee	ja	ja	ja
Mogelijke consequenties	geen herregi- stratie	berisping/ boete/ ontnemen licentie	-	finan- cieel	finan- cieel	finan- cieel	geen herregi- stratie/ financieel	geen herregi- stratie/ financieel/ verplicht begeleidings- scholing- traject	geen herregi- stratie/ verplicht begeleidings- scholings- traject
Betrokken partijen:									
- beroepsgroep	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja
- overheid	nee	nee		nee	nee	nee	nee	ja	nee
- verzekeraars	nee	nee		nee	nee	ja	nee	ja	nee
* klachtensysteem									

functioneren zonder financiële of logistieke ondersteuning; het enthousiasme en de kwaliteit van deze groepen zijn wisselend.⁸ Naast deelname aan een LOK is het nodig om 20 uur geaccrediteerde nascholing per jaar te volgen. Ongeveer een zesde deel hiervan moet gaan over ethiek en economie. De accreditering geldt telkens voor een periode van 3 jaar (persoonlijke mededeling L. Seuntjes).

De accreditering wordt begeleid door de nationale raad voor kwaliteit en accreditering (TOP) en door de regionale paritaire commissies. De regionale commissies, die uit huisartsen bestaan, controleren de kwaliteit van de aangeboden nascholingen. Daaronder zitten de eerdergenoemde leescommissies die ad hoc en onbezoldigd werken.

Er is kritiek op dit systeem. Veel controlerend werk komt neer op onbezoldigde vrijwilligers die vermoeidheidsverschijnselen beginnen te vertonen.⁸ Verder is de controle niet altijd even strikt.⁸ Sommige LOK's verzorgen vrijwel uitsluitend traditionele nascholingen ex cathedra. Er wordt openlijk aan getwijfeld of het systeem daadwerkelijk de kwaliteit van de zorg verbetert of garandeert.

Duitsland

De laatste jaren zijn er meerdere initiatieven met betrekking tot kwaliteitsverbetering; nascholing is verplicht en er zijn ontwikkelingen zoals ISO-certificatie en benchmarking. Tot voor kort waren er geen consequenties verbonden aan het al dan niet meedoen aan kwaliteitsbevorderende activiteiten, waardoor de drijfveer laag was. Nu de nascholing verplicht is, is dit veranderd.⁹ De controle van de kwaliteit van het onderwijs is in handen van de beroepsorganisatie; of er voldoende nascholing is gevolgd controleren de zogenaamde Kassenärztliche Vereinigungen.¹⁰ Huisartsen die in een periode van vijf jaar niet voldoende accreditatiepunten vergaren, verliezen minimaal 10% en maximaal 100% van hun inkomsten. Dit betekent dat zij kans lopen het contract met de ziekenfondsen te verliezen. Daarnaast moeten praktijken

binnen 5 jaar een intern kwaliteitssysteem invoeren. Het is nog onduidelijk wat de consequentie is indien een praktijk dit nalaat, maar waarschijnlijk zal dit contractuele of financiële gevolgen hebben (persoonlijke mededelingen J. Szecsenyi en B. Broge).

Andere Europese voorbeelden

Tsjechië

Herregistratie van artsen kent Tsjechië niet. Men werkt aan een accrediteringssysteem voor ziekenhuizen en aan de ontwikkeling van een poortwachtersfunctie voor de eerste lijn. Ook hiervoor zal een accrediteringssysteem komen. De grote lijnen ervan staan nog niet vast.¹¹ Patiënten kunnen klachten over hun behandeling indienen bij de overkoepelende artsenorganisatie. Deze heeft het recht om berispingen en boetes op te leggen en de licentie voor de uitoefening van het vak in te trekken.¹¹ Er worden wel gegevens over de geleverde zorg verzameld; er bestaat een nauwkeurige monitoring van uitgaven in de zorg. Dit staat in dienst van kostenbeheersing en nauwelijks van kwaliteitsbewaking; de bedoeling is dat ook dit zal veranderen.

Italië

Huisartsen met een huisartsopleiding worden als 'specialist' erkend en dit stelt hen in staat een contract met de landelijke ziektenkostenverzekeraar af te sluiten. Om het contract te kunnen verlengen moeten huisartsen jaarlijks 40 uur nascholing volgen. Meestal zijn dit congressen die georganiseerd worden door de wetenschappelijke beroepsorganisaties. Het systeem bestaat pas enkele jaren en wordt om meerdere redenen bekritiseerd. Er is verschil van mening over welke organisatie zorg moet dragen voor de organisatie en de controle van het accrediteringssysteem. Identieke nascholingsactiviteiten worden verschillend beloond, afhankelijk van de regio waar deze georganiseerd worden. Deelname aan sommige activiteiten, bijvoorbeeld individuele cursussen via internet, is nauwelijks controleerbaar. Ook is er kritiek op de inhoud en kwaliteit van geaccrediteerde nascholing; deze zou

onvoldoende aansluiten op de behoeften van de beroepsgroep. De positie van de huisarts in de Italiaanse gezondheidszorg staat eveneens ter discussie.¹²

Denemarken

De gezondheidszorg wordt vooral gefinancierd uit (regionaal) belastinggeld; regionale overheidsinstanties bepalen voor een belangrijk deel het beleid in de gezondheidszorg, zowel wat betreft de inkomens als het kwaliteitsbeleid. Huisartsen zijn verenigd in de PLO (Praktiserende Laegers Organisation) en zij hebben op regionaal niveau intensief contact met beleidsmakers over de kwaliteitsproblemen die de artsen ondervinden en de mogelijke oplossingen. Hoewel het beleid aanvankelijk sterk gericht was op het toetsen en verbeteren van de kwaliteit, is de nadruk hierop de laatste jaren verminderd in verband met ontevredenheid over de indicatoren voor kwaliteit. Er is geen systeem voor accreditering van nascholing, al wordt er wel over de invoering gediscussieerd. Desondanks is de meerderheid (95%) van de artsen betrokken bij activiteiten die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van zorg.¹¹

De Angelsaksische landen

Het Verenigd Koninkrijk (UK)

De kwaliteitscontrole en -verbetering in de huisartsgeneeskunde in de UK bestaat uit een regionaal georganiseerd deel en een landelijk georganiseerd deel, die deels in elkaar vervlochten zijn. De regionale organisatie ligt in handen van zogenaamde PCO's (Primary Care Organisations). Deze hebben onder meer als taak de regionale volksgezondheid te bevorderen en sluiten daarvoor contracten af met huisartsen. Ook bewaken en bevorderen zij de kwaliteit van zorg. Daarvoor beschikken zij over talloze indicatoren over het zorgproces en de uitkomsten van zorg. Zelfstandig gevestigde huisartsen hebben recht op vacatiegeld voor gevolgde nascholing indien deze nascholing geaccrediteerd is door de regionale organen. Ook intercollegiale toetsing, farmacotherapeutisch overleg, teambesprekingen en het zelf geven van geaccrediteerde cursussen komen hiervoor in aanmerking. Men dient gemiddeld vijf dagen per jaar aan geaccrediteerde activiteiten te besteden om aanspraak op deze vergoedingen te kunnen maken. De vergoedingsregeling wordt binnenkort vervangen door de zogenaamde *appraisal*.

Appraisal

Het Britse ministerie voor Volksgezondheid heeft voor alle artsen die werken binnen de National Health Service (NHS) *appraisal* ingesteld. Het doel is om richting te geven aan leer- en verbeteractiviteiten en de carrièreontwikkeling van artsen te stimuleren. Het is een pendant van de functioneringsgesprekken die voor werknemers in de NHS nodig zijn. Voor appraisal houden artsen een speciale map bij van activiteiten en gebeurtenissen die verband houden met kwaliteitsverbetering. Dit bespreekt men met een mentor (*appraiser*).

Appraisal is een (jaarlijkse) educatieve en vertrouwelijke bespreking van allerlei aan kwaliteit gerelateerde activiteiten met één van de regionale mentoren (zie *kader*). Deze mentoren zijn aangesteld door de PCO.

Revalidation

Revalidation is een procedure waarmee artsen regelmatig ten opzichte van de General Medical Council (GMC, vergelijkbaar met de KNMG) demonstreren dat zij voldoende in staat zijn om als arts te praktiseren. Dokters die hier niet voor kiezen, blijven geregistreerd staan zonder te kunnen praktiseren. Revalidation kan aan de eerdergenoemde appraisal gekoppeld worden. Er is ook een onafhankelijk traject mogelijk, buiten de appraisal om. Bij twijfel over de kwaliteit van een arts tijdens het proces van revalidation kan de GMC een procedure in werking stellen waarmee beoordeeld wordt of een huisarts wel aan vakbekwaamheidseisen voldoet.

Voor alle artsen zal per 1 januari 2005 een nieuw systeem van herregistratie van kracht worden.¹²⁻¹⁵ De landelijke General Medical Council voert dit systeem uit. De criteria voor herregistratie zijn ontleend aan de nota *Good Medical Practice* en omvatten klinische vaardigheden, kwaliteitsbevordering, samenwerking met anderen, de arts-patientrelatie, omgaan met problemen, dossiervorming en het hanteren van professionele waarden.¹⁶⁻¹⁷ Uitgangspunt van de herregistratie is dat artsen zo concreet en toetsbaar mogelijk aantonen aan deze criteria te voldoen.¹⁵ De meeste huisartsen zullen hiervoor de appraisal gebruiken, maar ook een onafhankelijke procedure is mogelijk.

Australië en Nieuw-Zeeland

Sinds 1994 bestaat hier een systeem dat erop gericht is de praktiserende huisartsen zoveel mogelijk te ondersteunen bij het op peil houden van hun professionele competentie.¹⁸ Er wordt verwacht dat zij iedere 5 jaar een overzicht geven van hun activiteiten op het gebied van nascholing, kwaliteitsverbetering en het geven van scholing of het doen van onderzoek. Dit programma dient voldoende variatie in onderwerpen en activiteiten te bevatten.¹⁹

Een andere mogelijkheid is om in plaats hiervan een overzicht te maken van de kwaliteit van handelen in de dagelijkse praktijk; maar een kleine minderheid van de huisartsen maakt hiervan gebruik.¹⁸ Om dit te stimuleren is de laatste jaren gewerkt aan een systeem waarin huisartsenpraktijken financiële en praktische ondersteuning krijgen bij het meten en verbeteren van hun kwaliteit van zorg.²⁰

Sinds kort zijn er financiële consequenties aan verbonden zijn wanneer praktijken bij een praktijkdoorlichting niet aan minimeisen blijken te voldoen.²¹ Daarnaast kunnen praktijken laten zien dat zij zorg van hoge kwaliteit leveren. Deze praktijken worden hiervoor extra beloond. Dit is een andere benadering dan het systeem van sancties, zoals in België en Duitsland. De beroepsgroep is zelf verantwoordelijk voor de doorlichting van de

praktijken en de controle van de leer- en verbeteractiviteiten. De praktische organisatie hiervan is in handen van twee onafhankelijke organisaties.²⁰⁻²² De verbeteringen die de afgelopen jaren in het kwaliteitsbeleid zijn bereikt, worden voor een groot deel hieraan toegeschreven.²³

Canada

De gezondheidszorg is in hoge mate regionaal georganiseerd. Het kwaliteitsbeleid is deels een nationale, maar voor een belangrijk deel ook een regionale verantwoordelijkheid. De beroepsgroep is verantwoordelijk voor de organisatie en de controle van het beleid met betrekking tot de herregistratie.²⁴⁻²⁵ Dit bestaat uit twee delen: het ene is gericht op het verkrijgen van informatie over het feitelijk handelen (*monitoring*), het tweede is gericht op leer- en verbeteractiviteiten (*enhancement*). Het monitoringsysteem is gegroeid uit de ervaring die al sinds de jaren tachtig in Canada met intercollegiale toetsing bestaat. Het is een getrappt systeem, waaraan alle artsen deelnemen. In de eerste stap toetst de regionale organisatie de huisartsen door aan collega's oordelen te vragen over belangrijke aspecten van het vak zoals praktijkmanagement, communicatie en het medische handelen.²⁶ Een geselecteerde groep die dubieus of slecht presteert, wordt nader onderzocht (bijvoorbeeld door inzage in patiëntendossiers en een interview met de betrokken arts zelf) en krijgt zonodig speciale programma's aangeboden. Een zeer kleine en meest zorgelijk presterende groep wordt nog nader onderzocht (bijvoorbeeld door observatie in de praktijk) en intensiever begeleid.²⁴

Voor het leren en verbeteren kan gebruik worden gemaakt van de feedback uit het monitoringdeel. Huisartsen houden een eigen dossier bij over hun leer- en verbeteractiviteiten.⁴ Er bestaat een grote variatie en vrijheid in de mogelijke activiteiten.²⁷ Voor herregistratie is het verplicht om iedere vijf jaar een omschreven hoeveelheid en diversiteit aan activiteiten te ondernemen.²⁵ Voor artsen die twijfelachtig of onvoldoende functioneren, worden individuele programma's opgesteld, waarbij ze samen met een collega aan verbetering van hun zwakke plekken werken.²⁴

Discussie

Het Nederlandse systeem voor accreditering en herregistratie kan een internationale vergelijking doorstaan: het is eenvoudig, helder en goed georganiseerd. We lopen in de ontwikkelingen echter niet voorop. Voor het opsporen van slecht functionerende huisartsen is het systeem ongeschikt, omdat de dagelijkse praktijk daarmee niet in beeld komt.

In de internationale ontwikkelingen zien we een trend om gegevens uit de dagelijkse praktijk bij de herregistratie te betrekken.^{15,28,29} Dit sluit aan bij de al langer bestaande meningen binnen de beroepsorganisaties en het nascholingscircuit dat kwaliteit weinig te maken heeft met het vergaren van nascholingspunten en dat kwaliteitsbevordering gericht dient te zijn op de hele praktijk, niet alleen op de kennis en deskundigheid van de huisarts.³⁰

Ook in Nederland is allerlei informatie voorhanden, zoals voorschrijfcijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen, ver-

wijscijfers van verzekeraars en informatie van bijvoorbeeld klachten- of de tuchtcommissies. Deze gegevens zouden meegenomen kunnen worden bij herregistratie. Dit heeft een keerzijde: de kosten zijn hoog, en ondanks de grote inspanning is de kwaliteit van afzonderlijke gegevens niet onomstreden.^{26,31-33}

De gevolgen van de verzamelde informatie voor de praktiserende artsen lopen internationaal uiteen. In de Nederlandse situatie zijn deze gevolgen uiterst overzichtelijk, terwijl de snelle ontwikkelingen in bijvoorbeeld Duitsland ertoe leiden dat huisartsen gegevens verzamelen, terwijl de gevolgen ervan nog onbekend zijn. Het nadeel van de Nederlandse situatie is dat er alleen in de duur van de geboden herregistratie kan worden gevarieerd. Elders is het inmiddels gebruikelijk om financiële consequenties te verbinden aan gegevens die accreditering en herregistratie betreffen. Dit kan een krachtige stimulans zijn voor kwaliteitsbevordering. De mogelijkheden van contractering om disfunctioneren te bestrijden lijken bij ons onvolledig benut.

Internationale verschillen zijn er ook wat betreft de inbedding van de accreditering en herregistratie in het kwaliteitsbeleid. Een accrediteringssysteem moet idealiter samenhangen met het overige kwaliteitsbeleid en juist dat is vaak een probleem.^{23,34} Er is een structuur nodig waarbij zinnige, valide en betrouwbare informatie wordt verzameld, terwijl er voor de huisartsen adequate scholing en ondersteuning beschikbaar zijn. Bij de invoering van ons systeem waren daar plannen voor, maar deze ambities zijn niet waargemaakt.^{5,35} Om de ondersteunende en onderscheidende aspecten van accreditering en herregistratie te scheiden, lijkt ons het getrapte Canadese model een interessante optie.

Literatuur

- 1 Irvine D. The performance of doctors 1: Professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ* 1997;314:1540-2.
- 2 Irvine D. The performance of doctors 2: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. *BMJ* 1997;314:1613-5.
- 3 Soeren M. Monitoring and improving the technical quality of medical care. A new challenge for policy makers in OECD countries. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- 4 Bashook PG, Parboosingh J. Recertification and the maintenance of competence. *BMJ* 1998;316:545-8.
- 5 Kooij L. Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie. *Med Contact* 1995;50:1251-3.
- 6 Raad voor de deskundigheidsbevordering. Beleidsplan Kwaliteit en Deskundigheidsbevordering. Utrecht: LHV/NHG, 1995.
- 7 <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/index.htm>.
- 8 Verslag van de Nationale commissie peer review over de lok-werking in 1998 en 1999. <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/index.htm>.
- 9 Pflicht zur fachlichen Fortbildung. *Bundesgesetzblatt* 2003;55 Teil I:2212-3.
- 10 Böcken J, Butzlaff M, Esche A. Reforming the Health Sector, Gütersloh: Bertelsmann, 2001.
- 11 Soeren M. Ad Hoc Group on the OECD Health Project. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- 12 Southgate L, Cox J, David T, Hatch D, Howes A, Johnson N, et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Med Educ* 2001;35(suppl):9-19.
- 13 Southgate L, Campbell M, Cox J, Foulkes J, Jolly B, McCrorie P, et al. The General Medical Council's performance procedures: the development and implementation of tests of competence with examples from general practice. *Med Educ* 2001;35(suppl):20-8.

- 14 Southgate L, Cox J, David T, Hatch D, Howes A, Johnson N, et al. The assessment of poorly performing doctors: the development of the assessment programmes for the General Medical Council's Procedures. *Med Educ* 2001;35(suppl):2-8.
- 15 Southgate L, Pringle M. Revalidation in the United Kingdom: general principles based on experience in general practice. *BMJ* 1999;319:1180-3.
- 16 GMC. Good medical practice and maintaining good medical practice. Londen: GMC, 1998.
- 17 GMC. Good Medical Practice for General Practitioners. Londen: GMC, 1999.
- 18 Newble D, Paget N, McLaren B. Revalidation in Australia and New Zealand: approach of Royal Australasian College of Physicians. *BMJ* 1999;319:1185-8.
- 19 Malcolm LA, Wright L. Clinical leadership and quality in primary care organisations in New Zealand. Lyttelton: Aotearoa Health, 2001.
- 20 Malcolm LA, Mays N. New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? *BMJ* 1999;319:340-2.
- 21 Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003;12:129-35.
- 22 Pegram R, Wright D. Quality and general practice accreditation: the approach of Australian General Practice Accreditation Limited. *Aust Health Rev* 1999;22:161-71.
- 23 Malcolm LA. General practice accreditation is only a small part of a comprehensive quality improvement strategy. *Qual Saf Health Care* 2003. <http://qhc.bmjournals.com>
- 24 Southgate L, Dauphinee D. Maintaining standards in British and Canadian medicine: the developing role of the regulatory body. *BMJ* 1998;316:697-700.
- 25 Dauphinee D. Revalidation of doctors in Canada. *BMJ* 1999;319:1188-90.
- 26 Sargeant JM, Mann KV, Ferrier SN, Langille DB, Muirhead PD, Hayes VM, et al. Responses of rural family physicians and their colleague and coworker raters to a multi-source feedback process: a pilot study. *Acad Med* 2003;78:S42-4.
- 27 <http://www.fmpe.org/en/about/index.htm>.
- 28 Parboosingh J. Revalidation for doctors. *BMJ* 1998;317:1094-5.
- 29 Jolly B, McAvoy P, Southgate L. Effective revalidation system looks at how doctors practise and quality of patients' experience. *BMJ* 2001;322:358-9.
- 30 Eindadvies van de NHG-werkgroep Jaarverslag Beleidsplan. Utrecht: NHG, 1997.
- 31 O'Rourke A. Revalidation won't be cheap. *BMJ* 2000;321:242.
- 32 Kirk SA, Campbell SM, Kennell-Webb S, Reeves D, Roland MO, Marshall MN. Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems. *Qual Saf Health Care* 2003;12:421-7.
- 33 Wakeford R. GMC's proposals for revalidation would not be accurate, economical or fair. *BMJ* 2000;321:1220.
- 34 Casparie AF, Sluijs EM, Wagner C, De Bakker DH. Quality systems in Dutch health care institutions. *Health Policy* 1997;42:255-67.
- 35 Kalter ESJ. Komt het tot externe certificatie? *Med Contact* 1995;50:291-3.

Cultuur en context in richtlijnen

Een analyse van internationale verschillen tussen richtlijnen

JS Burgers

Samenvatting

Burgers JS. Cultuur en context in richtlijnen: een analyse van internationale verschillen tussen richtlijnen. *Huisarts Wet* 2004;47(6):283-7.

De inhoud van richtlijnen wordt niet alleen bepaald door wetenschappelijke feiten maar ook door culturele en contextuele factoren. In dit artikel wordt de invloed van deze factoren besproken aan de hand van de resultaten van vier onderzoeken waarin richtlijnen uit verschillende landen over huisartsgeneeskundige onderwerpen werden vergeleken. Hieruit bleek dat de aanbevelingen in de richtlijnen op sommige punten fors uiteen liep, vooral op gebied van de indicatiestelling voor aanvullend onderzoek, medicatie (met name antibioticabeleid) en controle- en verwijsbeleid. De sterke positie van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem kan verklaren dat de Nederlandse richtlijnen het meest terughoudend zijn ten opzichte van andere richtlijnen. Ook zijn er grote verschillen tussen landen in verwachtingen, ziektebeleving en autonomie van de patiënt die invloed kunnen

hebben op de inhoud van de aanbevelingen. In het kader van de toenemende internationale samenwerking is het wenselijk dat richtlijnmakers de overwegingen achter de aanbevelingen zoveel mogelijk transparant maken.

dr. J.S. Burgers, huisarts, Ida Gerhardtpad 1, 4207 MX Gorinchem
Correspondentie: burgersj@knmg.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Klinische richtlijnen zijn niet meer weg te denken uit de hedendaagse geneeskunde. Zowel in de praktijk als in het onderwijs- en nascholingscircuit wordt er veelvuldig gebruik van gemaakt. Richtlijnen vatten de stand van wetenschap samen en weerspiegelen de professionele opinie in zakformaat. Daarom zijn het handige hulpmiddelen bij het nemen van beslissingen in de dagelijkse praktijk. Veel Nederlandse huisartsen zijn inmiddels gehecht geraakt aan de samenvattingskaartjes van de NHG-Standaarden.