

- 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.

Richtlijnen zijn grofweg gebaseerd op drie componenten:¹

- ▶ evidence-based geneeskunde, waarbij systematisch is gezocht naar het best beschikbare bewijs;
- ▶ alternatieve vormen van bewijsvoering, zoals pathofysiologische redeneringen en basale logica;
- ▶ normen en waarden van artsen, patiënten en de maatschappij waarin zij leven.

Idealiter zouden richtlijnen niet alleen moeten aangeven wat en hoe moet worden gehandeld in een specifieke klinische situatie, maar ook waarom. Hierbij dienen de genoemde componenten zichtbaar te zijn in de onderbouwing van de aanbevelingen. Deze beschouwing behandelt vooral de derde component – de normen en waarden – die in richtlijnen vaak impliciet en niet als zodanig zichtbaar zijn.² Ze zijn veelal vanzelfsprekend en verankerd in onze cultuur en maatschappij. Ze kunnen samenhangen met de traditionele rol en waardering van de (huis)arts in de samenleving, met medicalisering of de strijd ertegen, het accepteren of vermijden van gezondheidsrisico's, het bewustzijn van de kosten (of zuinigheid), het gezondheidszorgsysteem en de wetgeving.

Een vergelijking van richtlijnen over eenzelfde onderwerp uit verschillende landen kan een interessant licht werpen op het vraagstuk in hoeverre culturele en contextuele factoren de inhoud van de aanbevelingen in een richtlijn mede bepalen. Voor deze beschouwing heb ik de resultaten van vier richtlijnvergelijkende onderzoeken waarin ook een NHG-Standaard was geïnccludeerd, samengevat en nader geanalyseerd.³⁻⁵ Ik heb vooral gekeken naar verschillen tussen aanbevelingen die niet te verklaren zijn door verschillen in wetenschappelijk bewijsmateriaal (evidence) of door verschillende ontwikkelprocedures. Extra aandacht gaat uit naar de positie en het beleid van de NHG-Standaarden ten opzichte van de andere richtlijnen.

Overeenkomsten en verschillen in richtlijnen

De onderwerpen van de onderzochte richtlijnen waren: lage-rugpijn, diabetes mellitus type 2, acute keelpijn en urineweginfecties (tabel 1). Bij lage-rugpijn werden 17 richtlijnen vergeleken uit 10 landen, bij diabetes mellitus 15 richtlijnen uit 13 landen, bij acute keelpijn 10 richtlijnen uit 7 landen en bij urineweginfecties 4

Tabel 1 Overzicht van onderzochte richtlijnen

| Onderwerp | Landen (aantal richtlijnen) |
|--------------------------|--|
| Lage-rugpijn | Australië (1), Duitsland (1), Finland (1), Groot-Brittannië (2), Israël (1), Japan (1), Nederland (5), Nieuw-Zeeland (1), Verenigde Staten (3), Zwitserland (1) |
| Diabetes mellitus type 2 | Australië (1), Canada (1), Denemarken (1), Engeland (1), Finland (1), Frankrijk (2), Italië (1), Nederland (2), Nieuw-Zeeland (1), Schotland (1), Spanje (1), Verenigde Staten (2) |
| Acute keelpijn | België (1), Canada (1), Nederland (1), Finland (1), Frankrijk (1), Schotland (1), Verenigde Staten (4) |
| Urineweginfecties | België (1), Duitsland (1), Nederland (1), Noorwegen (1) |

De kern

- ▶ Richtlijnen zijn idealiter gebaseerd op het best beschikbare wetenschappelijke bewijs en weerspiegelen de stand van wetenschap.
- ▶ Cultureel bepaalde normen en waarden en contextuele factoren kunnen de inhoud van de aanbevelingen mede bepalen, maar worden meestal niet expliciet beschreven in richtlijnen.
- ▶ De wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen wordt gekenmerkt door een duidelijke voorkeur voor publicaties van auteurs uit eigen land.
- ▶ De relatief sterke positie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem hangt samen met het meer terughoudende karakter van Nederlandse richtlijnen ten opzichte van richtlijnen uit andere westerse landen.
- ▶ Hoge verwachtingen en een sterke autonomie van de patiënt kunnen verklaren dat sommige richtlijnen toch bepaalde interventies aanbevelen terwijl er geen duidelijk bewijs van effectiviteit voor bestaat.

richtlijnen uit 4 landen. Alleen in het laatste onderzoek ging het alleen om Europese richtlijnen met de huisarts als specifieke doelgroep. De vergelijking van de richtlijnen had betrekking op de inhoud van de aanbevelingen voor diagnostiek en therapie, behalve het onderzoek naar diabetesrichtlijnen dat alleen op het therapeutische beleid gericht was.

Lage-rugpijn

Ter voorbereiding van de nieuw te ontwikkelen multidisciplinaire CBO-richtlijn werden de overeenkomsten en verschillen tussen 5 Nederlandse en 12 buitenlandse richtlijnen bestudeerd.⁶ De Nederlandse richtlijnen waren ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, de Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De richtlijnen waren gepubliceerd tussen 1994 en 1999.

Met betrekking tot de diagnostiek verschilt de aandacht die de richtlijnen hebben voor psychosociale factoren en het tijdstip waarop deze aan de orde zouden moeten komen. Vooral de Nederlandse richtlijn voor bedrijfsartsen besteedt uitgebreid aandacht aan psychosociale factoren, aan somatisatie van de klachten en aan depressie.

Met betrekking tot de therapeutische aanbevelingen zijn er belangrijke verschillen in beleid over het voorschrijven van spierverlappers (benzodiazepinen). De NHG-Standaard en de Nieuw-Zeelandse richtlijn ontraden dergelijke medicijnen, terwijl de meeste andere richtlijnen daar wel positief tegenover staan. Ook ten aanzien van het gebruik van antidepressiva zijn er aanzienlijke verschillen. De Zwitserse richtlijn raadt het aan bij patiënten met chronische lage-rugklachten terwijl de Nederlandse anesthesiologen niet afwijzend staan ten opzichte van het gebruik, maar chronisch gebruik juist afwijzen. De NHG-Standaard, evenals een

Amerikaanse en Israëliëse richtlijn, raden antidepressiva in alle gevallen expliciet af. Ook met betrekking tot andere therapieën, zoals EMG-biofeedback, fysieke modaliteiten en TENS, blijkt de NHG-Standaard het meest terughoudend te zijn ten opzichte van de andere richtlijnen.

Diabetes mellitus

In dit onderzoek waren 15 richtlijnen opgenomen die tussen 1994 en 2000 zijn gepubliceerd, waaronder de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 uit 1998 en de CBO-richtlijn uit 1999. Niet alleen de aanbevelingen, maar ook de onderliggende referenties werden vergeleken om na te gaan of verschillen in aanbevelingen berusten op verschillen in bewijsvoering. Het aantal referenties per richtlijn bleek aanzienlijk te verschillen (variërend van 1 in de Finse tot 422 in de Franse richtlijn); slechts 18% van de referenties (185 van de 1033) werd gedeeld met één of meerdere andere richtlijnen. Bovendien bleek er een sterke voorkeur te zijn voor het citeren van onderzoeken uit eigen land.

Terwijl het bewijsmateriaal dus fors uiteenloopt, komen de aanbevelingen echter, tegen de verwachtingen in, in grote lijnen overeen. Dit werd in het onderzoek onder andere verklaard door de invloed van de wereldwijd geaccepteerde richtlijnen van de American Diabetes Association (ADA) die in de meeste richtlijnen worden aangehaald en overgenomen, met uitzondering van de Schotse en Engelse richtlijnen. De verschillen tussen de aanbevelingen hebben onder andere betrekking op de volgende onderwerpen:

Indicatie voor het gebruik van acarbose. De NHG-Standaard beveelt dit alleen aan als er bijwerkingen of contra-indicaties zijn bij de sulfonylureumpreparaten of metformine, terwijl een aantal andere richtlijnen dit ook als middel van eerste keus aanmerken. De Engelse richtlijn was de enige die het gebruik van acarbose geheel afwijst;

Bloeddrukmedicatie en streefwaarden. De NHG-Standaard is als enige richtlijn tegen het gebruik van ACE-remmers als eerste keus en adviseert diuretica of bètablokkers. De Engelse richtlijn ontraadt juist diuretica als eerste keus. De streefwaarde van de bloeddruk is in de NHG-Standaard evenals in de Deense (huisarts)richtlijn en de Schotse richtlijn 150/85 mmHg of minder, terwijl de Canadese en Amerikaanse richtlijnen streefwaarden onder de 130/85 aanhouden.

Controlefrequentie. De NHG-Standaard adviseert een driemaandelijke controle van het bloedglucosegehalte en een jaarlijkse controle van het HbA1c en de bloeddruk. De meeste richtlijnen gaan echter niet uit van een bloedglucosecontrole, maar adviseren een controle van het HbA1c en de bloeddruk van 2 tot 4 keer per jaar.

Plaats van zelfcontrole. De NHG-Standaard en de Franse ANAES-richtlijn ontraden zelfcontrole bij patiënten die geen insuline gebruiken, terwijl de meeste andere richtlijnen ook in deze gevallen positief staan tegenover zelfcontrole. Het standpunt van het NHG en ANAES is gebaseerd op de resultaten van een Nederlandse systematische review.⁷

Acute keelpijn

Dit onderzoek betreft 10 richtlijnen gepubliceerd tussen 1999 en 2001, waaronder de NHG-Standaard Acute keelpijn en een Vlaamse richtlijn ontwikkeld door de Vlaamse huisartsen (persoonlijke mededeling onderzoeksgroep De Meyere et al.). Ook in dit onderzoek werden de referenties vergeleken. Deze liepen uiteen van 5 in de Finse richtlijn tot 77 in de Vlaamse richtlijn. De Amerikaanse en Canadese richtlijnen zijn sterk georiënteerd (gemiddeld 87%) op Amerikaanse onderzoeken, terwijl de referenties in de Europese richtlijnen voor ongeveer de helft (52%) uit Amerikaans onderzoek bestaan. Opvallend was dat slechts vier richtlijnen (de Vlaamse, de NHG-Standaard, de Finse en één Amerikaanse richtlijn) de Cochrane-review over antibiotica bij keelpijn hebben gebruikt.⁸ Ook citeren de Amerikaanse en Canadese richtlijnen aanzienlijk minder systematische reviews (maar één door twee richtlijnen) dan de Europese richtlijnen (gemiddeld vijf per richtlijn).

Ook de inhoud van de aanbevelingen verschilt aanzienlijk. Bij de diagnostiek steunen de NHG-Standaard, de Vlaamse en Schotse richtlijnen, die alle de huisarts als doelgroep hebben, op de anamnese en het lichamelijk onderzoek terwijl de andere richtlijnen een streptest en/of een kweek aanbevelen. Argumenten om geen kweek te doen, zijn dat de uitslag te laat komt om het beleid te beïnvloeden en – volgens de Schotse richtlijn – ook de kosten en het medicaliserende effect. Indien gebruik wordt gemaakt van de streptest of een kweek, dan is een positieve uitslag een reden om antibiotica voor te schrijven. De indicaties voor het voorschrijven van antibiotica hangen samen met het diagnostische beleid ofwel de uitslag van de streptest of kweek. Indien deze niet wordt gebruikt, dan wordt uitsluitend antibiotica aanbevolen bij ernstig zieke patiënten of patiënten met een verhoogd risico met als doel de duur van de ziekte te beperken. De Franse, Finse, Canadese en Amerikaanse richtlijnen stellen echter ook dat daarmee de kans op acuut reuma vermindert, ondanks dat daar volgens de auteurs onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor bestaat.

Urineweginfecties

Zowel de referenties als de aanbevelingen in vier huisartsgeneeskundige richtlijnen uit 1999 en 2000 over de diagnostiek en het beleid bij ongecompliceerde urineweginfecties (UWI) werden vergeleken, waaronder de NHG-Standaard Urineweginfecties. Tevens werd de auteurs schriftelijk gevraagd in hoeverre culturele factoren een rol speelden bij het opstellen van de richtlijnen en of deze de verschillen tussen de richtlijnen konden verklaren. De richtlijnen waren alle systematisch ontwikkeld en staan bekend als evidence-based.

Ook in dit onderzoek was het aantal gedeelde referenties betrekkelijk laag. Slechts 8 van de 205 referenties werden in 3 of 4 richtlijnen genoemd.

Met betrekking tot de diagnostiek zijn er grote verschillen tussen de richtlijnen. Bij een eerste vermoeden van een UWI wordt in de Noorse richtlijn geen urineonderzoek vereist, waardoor telefonische afhandeling eenvoudig is. In de andere drie richtlijnen wordt een verschillend algoritme gebruikt waarbij de NHG-Standaard

de meeste eisen stelt aan de specificiteit – een laag percentage fout-positieven – van de tests. De Vlaamse richtlijn viel op door bij een negatieve nitrietest en een positieve leukotest de patiënt de keuze te laten om al dan niet antibiotica te gebruiken. Het medicamenteuze beleid loopt daarentegen weinig uiteen. Wat de verwijzindicaties betreft adviseert de Duitse richtlijn een snellere verwijzing (bij 3 of meer recidieven) dan de Vlaamse richtlijn (alleen bij complicerende factoren) en de NHG-Standaard (alleen bij falen van profylactische behandeling). In de Noorse richtlijn worden geen verwijzindicaties genoemd. Uit de resultaten van de schriftelijke interviews bleek dat zowel de Duitse als de Vlaamse auteurs vooral geen diagnoses wilden missen. De Nederlandse auteurs gingen ervan uit dat de patiënt opnieuw contact opneemt met de huisarts als de klachten aanhouden. In België verwacht men vaak een huisbezoek, hetgeen de diagnostische mogelijkheden van het urineonderzoek beperkt. In Noorwegen streeft de arts ernaar, mede vanwege de grote afstanden, de patiënt over de telefoon tevreden te stellen. In Duitsland wordt een verzoek om een verwijzing naar een specialist relatief snel gehonoreerd.

Evidence en context in richtlijnen

De meeste richtlijnen in de besproken onderzoeken worden beschouwd als evidence-based en zijn via een systematische en zorgvuldige procedure tot stand gekomen. Ondanks het feit dat de elektronische databestanden (zoals Medline en de Cochrane Library) wereldwijd worden gedeeld, kwamen de referenties in de richtlijnen echter matig overeen. Landelijke of lokale voorkeuren zijn duidelijk terug te vinden in de literatuurlijst van de richtlijnen. Klaarblijkelijk is evidence-based niet hetzelfde als 'gebaseerd op dezelfde evidence'. Het is goed mogelijk dat richtlijnmakers eerst proberen consensus te bereiken over de aanbevelingen en daarna pas de bijpassende literatuur toevoegen om de beweringen kracht bij te zetten.⁴ Dit verklaart dat er geen duidelijk verband is tussen overeenkomsten in aanbevelingen en overeenkomsten in evidence en dat verschillen tussen aanbevelingen niet alleen berusten op verschillen in evidence.

Culturele en contextuele invloeden kunnen voor een belangrijk deel de verschillen tussen aanbevelingen verklaren (tabel 2).

Ten eerste hebben de beroepsgroep die de richtlijn opstelt en de maatschappelijke context waarin zij werkzaam is, een belangrijke invloed op de inhoud van de aanbevelingen. Zo weerspiegelen de NHG-Standaarden de sterke positie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. De Nederlandse richtlijnen zijn het meest terughoudend ten opzichte van de andere richtlijnen. Dit berust op het principe dat wanneer er geen evidence bestaat voor een bepaald beleid, het verantwoord is af te wachten, ofwel *in dubio abstine*.¹ De continue arts-patiëntrelatie biedt als voordeel dat de patiënt vanzelfsprekend terugkomt als de klachten niet overgaan. De assumptie van continuïteit hangt samen met de poortwachtersrol van de huisarts en inschrijving van de patiënt op naam. In landen waar dit niet het geval is en waar artsen soms elkaars concurrenten zijn, zal de huisarts veel meer geneigd zijn tot

handelen, ook als de evidence gering is of ontbreekt. Men zal alles doen om de patiënt te gerieven. Dit heeft bijvoorbeeld in België geleid tot het wereldrecord huisbezoeken.^{9,10} Zelfs als er bewijs bestaat voor een terughoudend beleid, bijvoorbeeld om geen antibiotica voor te schrijven bij acute keelpijn, dan voelt de arts toch de druk zich te moeten 'bewijzen' voor de patiënt, waarbij concessies worden gedaan aan de evidence. In de Verenigde Staten speelt de angst voor aanklachten een belangrijke rol, hetgeen aldaar leidt tot extreme vormen van defensieve geneeskunde.¹¹

Ten tweede spelen de wensen en verwachtingen van de patiënt een rol en deze verschillen per land. Richtlijnen die negatieve reacties oproepen bij patiënten zullen immers minder worden opgevolgd.^{12,13} Hoewel richtlijnen een tegenwicht kunnen vormen tegen de medicalisering en bijvoorbeeld een restrictief antibioticavoorschrijfbeleid kunnen ondersteunen, moet toch rekening worden gehouden met de ziektebeleving van de patiënt, die niet snel zal veranderen. Zo geloven de Vlamingen minder in de zelfgezende kracht van het lichaam dan de Nederlandse patiënten en willen daardoor vaker een antibioticum.¹⁴ Amerikanen zien hun lichaam als een auto die je regelmatig grondig moet controleren.¹¹ Het summum van preventief onderzoek, zonder wetenschappelijk bewijs van het nut ervan, is de *whole body scan* waar in de Verenigde Staten inmiddels een markt voor is ontstaan.¹⁵ Richtlijnen kunnen deze cirkel van overdaad en hooggespannen verwachtingen waarschijnlijk niet doorbreken.

De verwachtingen hangen ook samen met de autonomie van de patiënt, waar vooral Amerikanen veel waarde aan hechten. Dit verklaart waarom zij in hun richtlijnen de voorkeur geven aan zelfcontrole bij niet-insulineafhankelijke diabetes, ook al is er evidence dat dit de instelling en kwaliteit van leven niet verbetert. Het belang dat Amerikanen aan zelfcontrole toekennen, bleek eerder uit een vergelijkend onderzoek van Amerikaanse en Franse richtlijnen voor vrouwen met een verhoogd risico op borstcarcinoom.¹⁶ Op basis van dezelfde (conflicterende) evidence adviseert de Amerikaanse richtlijn maandelijks borstsonderzoek door de vrouwen zelf, terwijl de Franse richtlijn dit juist ontraadt.

De huidige aandacht voor culturele factoren in richtlijnen richt zich vooral op de verschillen tussen bevolkingsgroepen (en etnische minderheden) in hetzelfde land,¹⁷ terwijl de verschillen tussen westerse landen onderling minstens zo interessant zijn.^{11,18} Deze beschouwing laat zien dat de opvattingen over de beste zorg, zoals weerspiegeld in richtlijnen, zelfs tussen buurlanden aanzienlijk uiteen kunnen lopen. Europa lijkt één, maar tussen de landen is een wereld van verschil. Ondanks de gemeenschappelijke welvaart en technologie zijn er grote verschillen in gezondheidszorgsystemen, ziektebeleving, medische consumptie en medicijngebruik. Internationale of Europese richtlijnen zijn daarom zeker een 'brug te ver'.¹⁹ De uitdaging is om vooral de evidence eenduidig en overzichtelijk samen te vatten, maar de richtlijnen en beslissingen over de beste zorg aan de landen of regio's zelf over te laten.²⁰

Abstract

Burgers JS. Culture and context in clinical practice guidelines: an analysis of international differences between guidelines. *Huisarts Wet* 2004;47(6):283-7.

Recommendations in clinical practice guidelines are not only based on empirical evidence: cultural norms and values and contextual factors might also play a role in the formulation of recommendations. In this article the results of four studies comparing guidelines from different countries on low back pain, diabetes mellitus type 2, acute sore throat and urinary tract infections are used to discuss the influence of these factors. The recommendations in the guidelines showed major differences in some aspects, in particular as regards indications for supplementary tests, drug therapy (particularly antibiotics) and criteria for follow-up and referral. The evidence supporting the recommendations also differed substantially. Only a small minority of the citations were shared between the guidelines. The guidelines were more likely to cite evidence originating in their own countries.

The position of the general practitioner (GP) in the health care system (gatekeeper role and registration of patients with a fixed GP) explains why the Dutch guidelines are the most restrictive with regard to additional investment, drug prescription and referral criteria compared to other guidelines. There are also large country-specific differences in patient expectations, health perception and patient autonomy, which could have influenced the formulation of the recommendations. In view of increasing international collaboration, guideline developers should aim for transparency of the considerations behind the recommendations.

Aanbevelingen

Op richtlijnmakers rust de taak om de selectie van de evidence zo expliciet mogelijk te beschrijven door zoekstrategieën en selectiecriteria te vermelden, waardoor de controleerbaarheid van de wetenschappelijke onderbouwing toeneemt.²¹ Daarnaast zullen zij de overwegingen die hebben geleid tot de specifieke aanbevelingen en de weging van de voor- en nadelen van de verschillende beleidsalternatieven helder moeten weergeven. Met het oog op de toenemende contacten tussen richtlijnorganisaties, zowel nationaal als internationaal,^{22,23} is transparantie een belangrijk vereiste om delen van het richtlijnontwikkelingsproces, zoals het samenvatten van de literatuur, efficiënt uit te wisselen. Daarnaast vormen het bewustzijn van eigen normen en waarden en respect voor elkaars verschillen de ingrediënten voor een succesvolle samenwerking.

Tabel 2 Potentiële verklaringen voor terughoudende versus defensieve richtlijnen

Terughoudende richtlijnen

poortwachtersrol van de huisarts
continuïteit door inschrijving op naam
autonomie van de arts
geloof in zelfgenezing
weinig claimgedrag

Defensieve richtlijnen

vrije toegankelijkheid van specialisten
concurrentie tussen artsen, 'shoppende' patiënten
autonomie van de patiënt
hoge verwachtingen van de geneeskunde
veel claimgedrag

Dankbetuiging

Ik bedank Niek Klazinga voor het kritisch doorlezen van het manuscript en zijn nuttige commentaar.

Literatuur

- 1 Thomas S. *Transparante geneeskunde: evidence-based medicine voor de dagelijkse praktijk*. Utrecht: De Woordenwinkel, 1997.
- 2 Berg M, Bezemer NM, Van den Burg M. Normatieve aspecten van richtlijnen en kosten-effectiviteitsanalyses. Deelrapport 2 KNMG Project Passende Medische Zorg, 1998.
- 3 Tuut MK, Van Tulder MW, Van Everdingen JJE, Sanders R, Assendelft WJJ. *Aspecifieke lage-rugklachten: bestaande Nederlandse en buitenlandse richtlijnen vergeleken*. Med Contact 2002;57:1016-9.
- 4 Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, Van der Bij AK, Grol R, Feder G, for the AGREE Collaboration. Inside guidelines: comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diab Care* 2002;25:1933-9.
- 5 Christiaens T, De Backer D, Burgers JS, Baerheim A. Guidelines, evidence and cultural factors. Comparison of four European guidelines on uncomplicated cystitis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. (in press)
- 6 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Aspecifieke lage rugklachten*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2003.
- 7 Faas A, Schellevis FG, Van Eijk JT. The efficacy of self-monitoring of blood glucose in NIDDM subjects. A criteria-based literature review. *Diab Care* 1997;20:1482-6.
- 8 Del Mar CB, Glasziou PP. Antibiotics for symptoms and complications of sore throat (Cochrane-review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1997. Oxford: Update Software.
- 9 De Maeseneer J, De Prins L, Heyerick JP. Het huisbezoek in België: analyse van een wereldrecord. *Huisarts Wet* 1994;37:552-6.
- 10 De Maeseneer J, De Prins JP, Heyerick JP. Home visits in Belgium: a multivariate analysis. *Eur J Gen Pract* 1999;5:11-4.
- 11 Payer L. *Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Penguin, 1989.
- 12 Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858-61.
- 13 Burgers JS, Grol RPTM, Zaat JOM, Spies TH, Van der Bij AK, Mokkink HGA. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:15-9.
- 14 Deschepper R, Vander Stichele RH, Haaijer-Ruskamp FM. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and Dutch city. *Patient Educ Couns* 2002;48:161-9.
- 15 Smith R. The screening industry. *BMJ* 2003;326:890.
- 16 Eisinger F, Geller G, Burke W, Holtzman NA. Cultural basis for differences between US and French clinical recommendations for women at increased risk of breast and ovarian cancer. *Lancet* 1999;353:919-20.
- 17 Assendelft WJJ. Etniciteit in standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1668-71.
- 18 Hofstede G. *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Contact, 1991.
- 19 De Maeseneer J, Derese A. European general practice guidelines: a step to far? *Eur J Gen Pract* 1999;5:86-7.
- 20 Eisenberg JM. Globalize the evidence, localize the decision: evidence-based medicine and international diversity. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:166-8.
- 21 Meijman F. Controleerbaarheid van informatie: meer dan een aantal voetnoten. *Huisarts Wet* 1994;37:173-5.
- 22 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. EBRO (Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling)-platform. Utrecht, CBO, 2003. http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20031112142451/folder20040223171310/article20031112170254/articleCBOextra_view
- 23 Grol R, Cluzeau FA, Burgers JS. Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration. *Br J Cancer* 2003;89(Suppl1):S4-S8.