

van de systemen in de verschillende landen moeilijk.

In België en Duitsland is er geen sprake van herregistratie zoals in Nederland. Het deelnemen aan deskundigheidsbevordering leidt in deze landen tot accreditatie en daarmee tot meer inkomen; er is geen gevaar voor verlies van de specialistentitel. Tsjechië daarentegen kent, anders dan Hobma et al. aangeven, wel een enigszins met Nederland vergelijkbaar systeem, evenals Hongarije, Letland, Litouwen, Slowakije en Slovenië.⁴ Deze voormalige Oostbloklanden hebben herregistratie ingevoerd bij het herzien van hun gezondheidszorg in de jaren negentig.

Ik vind ook dat ons systeem van een verfrissende eenvoud is, maar dat andere, met name Angelsaksische landen de huidige inzichten over kwaliteit van zorg beter toepassen en integreren. In Nederland is bewust gekozen voor herregistratiecriteria die zijn gericht op *competence*, terwijl de criteria van het Verenigd Koninkrijk en Canada op *performance* zijn gericht. De herregistratie heeft in Nederland ook geen selectief doel – het opsporen van disfunctionerende dokters –, maar een educatief doel: de competentie van dokters verbeteren. Ons systeem heeft echter wel een selectief effect: als dokters niet voldoen aan de herregistratie-eisen, kan hun registratie beperkt worden of vervallen. En dat gebeurt ook. Een herregistratiesysteem zoals in het Verenigd Koninkrijk en Canada bestaat, kan in ons land niet worden gerealiseerd omdat de registratie van artsen, het toezicht op de beroepsuitoefening en het tuchtrecht zijn belegd bij afzonderlijke autoriteiten die zich bovendien bijna alle met meer beroepen in de gezondheidszorg bezighouden. In het Verenigd Koninkrijk en Canada zijn deze functies ondergebracht in één organisatie (de General Medical Council respectievelijk het College of Physicians and Surgeons) die zich slechts met artsen bezighoudt. Dat laat onverlet dat wij veel kunnen leren van het Canadese systeem. Al is het ook duur. De vijfjaarlijkse herregistratie van huisartsen kost in Nederland op dit

moment € 310. Het verplichte lidmaatschap van het College in Canada kost, inclusief de kosten van herregistratie en fitness-to-practiceprocedures, circa € 1200 per jaar. Maar daar krijg je dan ook wat voor.

L.R. Kooij, *secretaris HVRC*

- 1 Kooij LR. Herregistratie van huisartsen. *Med Contact* 1993;48:1405-6.
- 2 Kooij LR. Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie. *Med Contact* 1995;50:1251-3.
- 3 Legemaate J. Een nieuwe regeling voor de opleiding en (her)registratie van specialisten. *Med Contact* 1998;53:1170-2.
- 4 Rowe A. Regulation and licensing of physicians in the European region of the WHO. *World Health Organization* 2003.

Antwoord

Collega Kooij geeft enkele waardevolle aanvullingen en nuanceringen. Natuurlijk heeft hij gelijk wat betreft de invoeringsdatum van onze herregistratie. Sinds 1988 verzamelt de HVRC informatie over nascholingsactiviteiten. De overheid is via de Wet BIG inderdaad bij registratie betrokken, maar toetst feitelijk alleen of de vereiste opleidingen zijn gevolgd. De professionele inbreng domineert.

Het is lastig om verschillende landen te vergelijken en wij meenden dat het gedetailleerd definiëren van de begrippen accreditatie en herregistratie de verwarring eerder zou vergroten dan verkleinen. Toch is in onze tekst over Tsjechië een onjuistheid geslopen. De Tsjechische artsenkamer regelt de (her)registratie van alle artsen, maar er is geen apart systeem voor huisartsen. Veel 'huisartsen' werken zowel in de eerste als de tweede lijn, en vallen dus tevens binnen de intramurale accreditatieregelingen.

Wat betreft het Verenigd Koninkrijk lijkt Kooij de positie van de General Medical Council te overschatten. Deze is beperkt door de grote invloed van de regionale eerstelijnsorganisaties en door het instellen van een publiekrechtelijke mogelijkheid van beroep.

Belangrijker is de Nederlandse situatie, waar afzonderlijke autoriteiten zich met de diverse taken bezighouden en er nau-

welijks onderlinge uitwisseling van informatie is. Ons systeem van herregistratie heeft – ook volgens Kooij – een educatieve functie en moet dus de meest effectieve nascholing stimuleren. Wij denken dat het systeem van accreditering heeft bijgedragen aan een hogere kwaliteit van deze nascholing, bijvoorbeeld door zich te richten op de NHG-Standaarden. Maar zoals Wensing en Van der Weijden laten zien, zijn de inzichten over kwaliteitsverbetering voortdurend in beweging.¹ Deze veranderingen kunnen het noodzakelijk maken om het accrediteringssysteem aan te passen.² Scheiding hiervan in meerdere autoriteiten staat flexibiliteit in de weg. In 1995 schreef Kooij: 'Doordat een groot aantal ontwikkelingen gelijktijdig plaatsvindt, lijkt het soms alsof het kwaliteitsbeleid van huisartsen uit losse elementen bestaat. De komende jaren is het van groot belang alle elementen samen te smeden tot een goed samenhangend geheel.'³ Naar onze smaak is dit nog altijd waar.

Sjoerd Hobma, Johannes Dalhuijsen

- 1 Wensing M, Van der Weijden T. Kwaliteitsverbetering: over heilige huisjes en voortschrijdend inzicht. *Huisarts Wet* 2004;47:263-5.
- 2 Hobma S, Dalhuijsen J, Engels Y. Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2004;47:279-83.
- 3 Kooij LR. Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie. *Med Contact* 1995;50:1251-3.

Nekpijn

Het diagnostiekartikel over nekpijn (H&W 2004;47:306-9) vermeldt dat domperidon torticollis kan veroorzaken. Dit moet volgens mij metoclopramide zijn. Helaas wordt dit laatste wel vergoed en het eerste niet.

M.A.J. Veldhuijzen van Zanten