

Richtlijnontwikkeling in internationaal perspectief

Jako Burgers

In vrijwel alle westerse landen worden tegenwoordig richtlijnen ontwikkeld. Het NHG heeft het langst bestaande programma dat zich speciaal op huisartsen richt. Onze zuiderburen zijn eind jaren '90 begonnen met het ontwikkelen van richtlijnen voor huisartsen. De richtlijn over acute keelpijn verscheen daar als eerste. Dit onderwerp is vooral van belang voor het terugdringen van overbodig antibioticagebruik, dat in België op grotere schaal voorkomt dan in Nederland. Inmiddels zijn er ook in andere landen richtlijnen over acute keelpijn verschenen.

Magere onderbouwing

In deze H&W beschrijven onze Vlaamse collega's een vergelijkend onderzoek van tien richtlijnen over acute keelpijn (faryngitis), waaronder de Vlaamse richtlijn en de eerste actualisering van de NHG-Standaard uit 1999. De meeste andere richtlijnen zijn in dezelfde periode verschenen; twee Amerikaanse richtlijnen dateren uit 2004 en 2005.

In grote lijnen konden de onderzoekers dus gebruikmaken van dezelfde wetenschappelijke literatuur. De Cochrane-review van Del Mar et al. over antibioticagebruik bij acute keelpijn was daarbij het meest voor de hand liggende ijkpunt. Zeven van de tien richtlijnen hanteren een systeem van gradering van wetenschappelijke bewijskracht, waarbij het systematische literatuuronderzoek doorgaans het hoogste niveau van bewijs krijgt. Toch citeren twee Amerikaanse richtlijnen en de Franse richtlijn de Cochrane-review niet. Dit terwijl ze wel gebruikmaken van een graderingsstelsel en daarmee pretenderen evidence-based te zijn.

Bovendien bevat geen van de richtlijnen voldoende informatie over de totstandkoming. Hierdoor was het niet mogelijk de kwaliteit van de richtlijnen te beoordelen, aldus de auteurs van het artikel. Een stuitende constatering. Richtlijnen kunnen pas echt evidence-based zijn als de ontwikkelingsprocedure transparant wordt beschreven, net als bij andere wetenschappelijke publicaties.

Verschillen in interpretatie

Naast verschillen in de selectie van literatuur kan er ook sprake zijn van verschillende interpretaties. Deze kunnen beter worden begrepen als ook naar de sociaal-maatschappelijke context en het

Auteursgegevens

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht; UMC St Radboud, IQ healthcare: Dr. J.S. Burgers, huisarts-onderzoeker en Harkness fellow 2008/2009.

Correspondentie: j.burgers@cbo.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

gezondheidszorgsysteem wordt gekeken.¹ Hoewel de Cochrane-review concludeert dat de voordelen van antibiotica beperkt zijn, komen de richtlijnen die een terughoudend antibioticabeleid voorstellen, vooral uit landen met een sterke eerstelijnsgezondheidszorg (Nederland, Engeland, Schotland). De belangrijkste reden waarom Amerikaanse richtlijnen antibiotica adviseren, is niet zozeer de verminderde kans op acuut reuma - dit komt immers slechts zeer zelden voor - maar dat de Amerikaanse patiënt/consument zo snel mogelijk van zijn klachten af wil. Dit willen de meeste Nederlandse en Vlaamse patiënten ook, maar de Amerikaanse patiënt kan bij ziekteverzuim vaak niet rekenen op het vangnet van de ziektewet. Een dagje thuisblijven heeft dan financiële consequenties. Amerikaanse en Belgische artsen zullen bovendien sneller bezwijken onder de druk van de patiënt: vanwege de sterke competitie tussen praktijken zijn zij bang hun klant en daarmee inkomsten te verliezen. Dit speelt in Nederland nauwelijks een rol.

Daarnaast kunnen praktische overwegingen een rol spelen. Zo wordt in Noorwegen vanwege de grote afstanden vaker gebruikgemaakt van telefonische consultatie en is bijvoorbeeld voor de diagnose urineweginfecties urineonderzoek niet strikt noodzakelijk.

Internationale samenwerking

De ontwikkeling van internationale richtlijnen gericht op uniformiteit in diagnose en beleid is voor de meeste onderwerpen nog een brug te ver.² Internationale samenwerking moet zich vooral richten op het verbeteren van de methode en verslaglegging. Daarbij verdient ook het incorporeren van voorkeuren van patiënten meer aandacht.³ Deze kunnen per land verschillen. Tevens kan gedacht worden aan het aanbieden van verschillende opties, toegelicht met de voor- en nadelen, vooral wanneer de evidence niet eenduidig is en verschillend kan worden gewaardeerd. Een dergelijk format biedt ook betere kansen voor internationale uitwisseling, omdat daarmee de afwegingen zichtbaar worden gemaakt. Een Nederlands-Vlaamse coproductie van huisartsgeneeskundige richtlijnen behoort zeker tot de mogelijkheden. Wat te denken van een gezamenlijke actualisering van de richtlijn acute keelpijn?

Literatuur

- 1 Burgers JS. Cultuur en context in richtlijnen. *Huisarts Wet* 2004;47:283-7.
- 2 De Maeseneer J, Derese A. European general practice guidelines: a step too far? *Eur J Gen Pract* 1999;5:86-7.
- 3 Krahn M, Naglie G. The next step in guideline development: incorporating patient preferences. *JAMA* 2008;300:436-8.