

# Ideaal of werkelijkheid?

## Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden

R. GROL, V. TIELENS, H. MOKKINK EN T. ZWAARD

In allerlei onderzoek wordt steeds opnieuw een discrepantie vastgesteld tussen optimaal handelen volgens bepaalde richtlijnen en de feitelijke situatie in de dagelijkse praktijk van de huisarts. Welke consequenties moet een dergelijke discrepantie hebben voor de ontwikkeling en invoering van standaarden op het gebied van de huisartsgeneeskunde? Analyse van de resultaten van drie observatie-onderzoeken met de Nijmeegse medische 'protocollen' laat zien dat het moeilijk is standaarden aan de passen aan wat huisartsen gemiddeld gewend zijn te doen; daarvoor is de variatie in handelen en de variatie in de tijd te groot. Voorgesteld wordt per standaard een diagnose te maken van de oorzaken van de discrepantie: heeft die te maken met de standaard en de ontwikkeling ervan, met de wijze van invoering of met de acceptatie en adoptie door de doelgroep? Bij de ontwikkeling en invoering van standaarden kan men op deze manier rekening houden met bevorderende en belemmerende factoren.

### Inleiding

Binnen de gezondheidszorg wordt in toenemende mate aandacht besteed aan kwaliteitsbewaking, standaardisering en protocollering.<sup>1,2</sup> De specialisten doen dit onder meer door hun consensusconferenties,<sup>3</sup> en het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft van het opstellen, 'autoriseren' en implementeren van huisartsgeneeskundige standaarden zijn eerste prioriteit gemaakt.<sup>4</sup>

Het ligt voor de hand bij het opstellen van dergelijke standaarden uit te gaan van uitkomsten van interventie-onderzoek en epidemiologische studies of, wanneer deze niet beschikbaar zijn, van consensusbesprekingen, waarin experts een belangrijke rol vervullen. Hieraan zijn echter allerlei problemen verbonden. Wetenschappelijke gegevens kunnen bijvoorbeeld strijdig zijn, en men kan er ook een selectief gebruik van

maken bij de ontwikkeling van een standaard. Vaak is een standaard een compromis, eerder het resultaat van groepsdynamische processen bij de opstellers dan van wetenschappelijke feiten.<sup>5</sup> En ook al is een wetenschappelijk houdbare standaard tot stand gekomen, dan nog blijkt de doorstroming en adoptie van wetenschappelijke gegevens en standaarden vaak uiterst moeizaam te verlopen.<sup>5-7</sup> Telkenmale wordt vastgesteld dat artsen niet voldoen aan de eisen die er vanuit de beroepsgroep aan hen worden gesteld, en de vraag is dan ook welke consequenties een dergelijke discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid zou moeten hebben. Moeten de huisartsen hun handelen meer aanpassen aan de standaarden, of moet eerder het omgekeerde gebeuren? Uitgaan van wat huisartsen in de praktijk gewend zijn te doen, geeft immers een goede indruk van wat haalbaar is.<sup>8</sup>

In dit artikel wordt eerst – op basis van een secundaire analyse van gegevens uit

enkele observatie-onderzoeken – een antwoord gezocht op de vraag of uitgaan van wat huisartsen in de praktijk gewend zijn te doen, een goede basis vormt voor standaardontwikkeling. Vervolgens wordt door middel van een literatuurstudie aandacht besteed aan de mogelijke oorzaken van de discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid en wordt nagegaan welke consequenties die discrepantie heeft voor standaardisering.

### Ideaal versus feitelijk handelen

Rond 1980 heeft een groep ervaren huisartsen uit de regio Nijmegen een aantal concrete richtlijnen opgesteld voor het huisartsgeneeskundig handelen bij 24 veel voorkomende klachten en aandoeningen; het ging daarbij om anamnese, onderzoek, voorlichting, therapie, verwijzing en terugbestellen. Deze 'protocollen' zijn gebaseerd op literatuurstudie en consensusdiscussies. Tezamen bestrijken zij ongeveer 55 procent van alle gepresenteerde klachten en aandoeningen in de huisartspraktijk.<sup>9-10</sup> In dit artikel worden deze 24 protocollen gebruikt als maat voor het 'ideale' of optimale handelen.

Om inzicht in het *feitelijk* handelen te krijgen, is gebruik gemaakt van de resultaten van drie onderzoeksprojecten: – 'Huisarts en Preventie van Somatische Fixatie' (1980-1981), een onder-

**Tabel 1** Percentages handelingen die in overeenstemming met de richtlijnen voor het medisch handelen werden verricht (gemiddelden).

	Diagnostiek		Beleid	
	$\bar{X}$	range	$\bar{X}$	range
'Somatische Fixatie'	47	24-63	38	19-66
'Toetsing'	53	34-73	46	22-65
'Effecten van handelen'	54	40-74	59	39-90

**Tabel 2** Percentages verrichte handelingen in overeenstemming met de richtlijnen voor het medisch handelen voor een aantal klachten en aandoeningen (gemiddelde  $\bar{X}$  over een reeks consulenten N van verschillende huisartsen).

		Hyper-tensie	Schou-der	Rug	Hoes-ten	Keel-pijn	Mictie-klacht
'Somatische fixatie'	$\bar{X}$	47	47	38	42	51	40
	N	186	107	81	88	60	35
'Toetsing'	$\bar{X}$	54	51	44	50	61	48
	N	80	41	40	41	35	13
'Effecten van handelen'	$\bar{X}$	54	55	56	54	62	53
	N	167	96	85	94	46	34

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Dr. R.P.T.M. Grol, Dr. V.C.L.M. Tielens, Dr. H.G.M. Mokka, A. Zwaard.

## Voorbeeld: de pilcontrole

Sinds het eind van de zeventiger jaren hebben verschillende auteurs vraagtekens gezet bij het nut van een regelmatige controle en lichamelijk onderzoek bij de doorsnee pilgebruiker.<sup>55</sup> Deze jarenlange discussie is tenslotte uitgemond in een consensusprocedure, waarvan de resultaten in *Huisarts en Wetenschap* zijn gepubliceerd.<sup>56</sup> Deze resultaten vormen ook de basis voor de inmiddels aanvaarde NHG-standaard op dit gebied.<sup>57</sup>

Tabel 4 geeft een beeld van de feitelijke routines en attitudes van huisartsen ten aanzien van de pilcontrole.

- De cijfers uit de NUHI-onderzoeken (1980-1984) hebben geen betrekking op een representatieve steekproef, maar vormen een greep uit de consulten van een grote groep huisartsen. In de meeste consulten werden tensie en gewicht gemeten en vond een inwendig onderzoek plaats.

- In 1985 hielden *Crebolder en Sips* een enquête onder bezoekers van het NHG-congres.<sup>58</sup> Hieruit kwamen vergelijkbare routines naar voren.

- In een recente NIPO-enquête bleek 64 procent van de huisartsen voorstander van een regelmatige controle van pilgebruikers.<sup>59</sup> Vooral het meten van de bloeddruk is populair.

We zien dus een aanzienlijke discrepantie tussen datgene wat uit wetenschappelijk onderzoek en meningen van experts naar voren komt, en de situatie in de praktijk. Het lijkt erop dat huisartsen wel op de hoogte zijn van de nieuwe standaard. Deze vraagt ook geen nieuwe vaardigheden van ze; in feite is er nu minder werk dan vroeger.

Waarom dan toch geen verandering? Er zijn waarschijnlijk verschillende factoren werkzaam.

- De taakopvatting van de huisarts: de pilcontrole hoorde ooit tot de successtories van de huisartsgeneeskunde en maakt nu deel uit van het vaste cultuurpatroon in de eerste lijn: preventieve zorg door de huisarts en begeleiding van gezinsplanning en anticonceptie.<sup>60</sup> Een standaard die daar geen rekening mee houdt en de pilcontrole uit die taak licht, zal op problemen stuiten.

- De arts-patiënt relatie: een andere oorzaak voor de discrepantie is gelegen in het feit dat de regelmatige controle ooit aan vrouwen is verkocht als noodzakelijk en zorgvuldig huisartsgeneeskundig handelen. Huisartsen verwachten – terecht – dat veel vrouwen niet zonder meer genoegen zullen nemen met de veranderde routines. Uit een onderzoek onder pilgebruikers bleek ook dat regelmatige controle door een aanzienlijk deel van de patiënten nuttig en geruststellend wordt gevonden.<sup>61</sup> Invoering van de standaard zal derhalve gepaard moeten gaan met een actieve benadering via de lekenpers van vrouwelijke patiënten.

- Praktische problemen: wijziging van de routines van de huisarts vraagt op korte termijn een extra tijdsinvestering (uitleg aan patiënten), terwijl nog niet duidelijk is dat er voordelen tegenover staan in de zin dat de zorg beter wordt.

- Motivatie van de huisarts: iets wegemen uit de zorg krijgt al snel de connotatie dat de zorg minder wordt. Invoering van de standaard zal alleen mogelijk zijn als aan huisartsen duidelijk gemaakt kan worden dat de zorg er in feite door verbetert.

zoek onder 57 huisartsen uit de regio Nijmegen;

- ‘Effecten van onderlinge toetsing’ (1984), een onderzoek onder 43 van die 57 huisartsen, uitgevoerd na afloop van een 1,5 jaar durend programma van intercollegiale toetsing;
- ‘Effecten van het handelen van de huisarts’ (1987), een onderzoek onder 75 huisartsen uit de regio Arnhem-Achterhoek.

In al deze onderzoeken vond observatie in de praktijk plaats en werden per huisarts ongeveer 15 consulten gescoord aan de hand van de ‘protocollen’. In totaal gaat het om ongeveer 3000 consulten. De interbeoordelaars-betrouwbaarheid bleek in al drie de onderzoeken zeer goed (kappa .70 à .80).<sup>14</sup>

Uit eerdere analyses weten we dat de protocollen tot op zekere hoogte uitwisselbaar zijn. Dat betekent dat een gemiddelde score over een groot aantal handelingen in een reeks consulten een indicatie vormt van de routines van een bepaalde huisarts. Voor iedere huisarts zijn daarom gemiddelden berekend over een groot aantal handelingen (300-700) in een reeks consulten.

In tabel 1 zien we dat gemiddeld ongeveer de helft van de ‘obligate’ handelingen niet werd verricht. Huisartsen die een tijdlang hebben getoetst, scoren iets hoger dan daarvoor. Bovendien is er een verschil tussen de scores uit 1980 en die uit 1987.

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren uit tabel 2.

In tabel 1 zien we tevens een zeer grote spreiding. De gemiddelde scores per huisarts lopen uiteen van zo’n 20 tot ruim 80 procent van de ‘obligate’ handelingen. Om na te gaan of deze interdokter-variantie is toe te schrijven aan verschillen tussen de aandoeningen c.q. protocollen, dan wel aan verschillen in werkstijl tussen de huisartsen, is de grootte van de interdokter-variantie en de interprotocol-variantie berekend met behulp van variantie-analyse. In tabel 3 zien we dat de interdokter-variantie minstens even groot is als de variantie in handelen tussen de verschillende klachten en aandoeningen.

Er is dus een aanzienlijke discrepantie tussen het ideaal, zoals opgesteld door een groep ervaren, wetenschappelijk ingestelde huisartsen, en het feitelijk handelen door een groot aantal huisartsen. Ongeveer de helft van wat de opstellers van de protocollen destijds zagen als gewenst handelen, wordt in de praktijk niet uitgevoerd.

Tabel 3 Interdokter-variantie en interprotocol-variantie (eta).

	Huisartsen	Protocollen
‘Somatische Fixatie’	40,2	42,6
‘Toetsing’	40,0	43,1

Tabel 4 Lichamelijk onderzoek bij pilcontroles. Percentages.

	NUHI	Crebolder	NIPO
Tensiemeting	91	98	86
Gewicht bepalen	70	75	36
Inwendig onderzoek	66	76	38
Urine-analyse	45	59	28

NUHI: ongepubliceerd observatie-onderzoek bij 127 consulten, 1980-1984. Crebolder: Enquête onder 244 huisartsen, 1985.<sup>58</sup> NIPO: Enquête onder 100 artsen, 1986.<sup>59</sup>

De conclusie ligt voor de hand. De richtlijnen zijn te streng; ze passen waarschijnlijk niet helemaal in de werkwijze van de huisarts, die vaak zeer pragmatisch maar daarom nog niet inadequaat werkt.<sup>15-16</sup> De huisarts heeft met de meesten van zijn patiënten een continue relatie en hij kan veel voorkennis hebben die niet in richtlijnen is te vangen.<sup>17</sup> Het ideaal in de richtlijnen zou dus meer moeten worden aangepast aan de werkelijkheid.

De vraag is echter aan welke werkelijkheid. Om te beginnen blijkt de werkelijkheid *niet statisch*. Hoewel de verschillen niet groot zijn, is er een verschil na deelname aan onderlinge toetsing; in individuele gevallen trad daarbij zo'n 30 procent verschuiving op. En bij de recente peiling onder een grote groep huisartsen bleek het gemiddelde niveau duidelijk hoger dan in 1980. Het is denkbaar dat we hier een geleidelijk effect zien van de scholingsactiviteiten vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen instituut.

Verder is er een *grote spreiding* in scores tussen huisartsen, die niet louter is toe te schrijven aan verschillen in gepresenteerde klachten. We weten verder dat een hogere gemiddelde score samengaat met minder verwijzen en minder voorschrijven van symptomatische medicatie, een betere consultvoering en een bredere taakopvatting.<sup>11 12 18</sup> Dit betekent in ieder geval dat het weinig zin heeft datgene wat huisartsen gemiddeld gewend zijn te doen, tot standaard te verheffen.

Anderzijds kan men bij het opstellen van standaarden niet om de werkelijkheid heen. De vraag is echter niet hoe je standaarden beter aanpast bij het feitelijk handelen, maar hoe je gegevens over het feitelijk handelen kunt gebruiken om knelpunten in de standaarden en in de acceptatie en adoptie daarvan op te sporen. Belangrijk is dat inzicht wordt verkregen in de *oorzaken* van de discrepantie tussen standaard en feitelijk handelen. Die oorzaken kunnen zeer divers en complex zijn, zoals het voorbeeld van de pilcontrole laat zien (*kader* op pag. 393).

### Oorzaken van de discrepantie

*'Information transfer can only effectively be conducted when the information sender has a keen awareness and appreciation of existing social, economic and other factors, that effect the ultimate acceptance of the message'.<sup>3</sup>*

Voordat een effectieve invoering van nieuw gedrag – i.c. een nieuwe stan-

daard – kan plaatsvinden, moet aan verschillende voorwaarden zijn voldaan. Hiervoor zijn modellen ontwikkeld in de sociale psychologie en de voorlichtingskunde.<sup>20-23</sup> In een model voor de opzet en evaluatie van deskundigheidsbevordering bij huisartsen zouden de volgende voorwaarden centraal moeten staan:

- de huisarts moet op de hoogte zijn van de standaard;
- zijn interesse voor de standaard moet zijn gewekt;
- hij moet begrijpen wat de standaard precies inhoudt;
- hij moet de standaard accepteren en er de voordelen van zien;
- hij moet bereid zijn het handelen aan de standaard aan te passen en dat ook als mogelijk zien;
- hij moet daadwerkelijk aanpassing van de praktijkroutines doorvoeren en ervoor zorgen dat de verandering behouden blijft.<sup>24</sup>

Een discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid kan optreden, als onvoldoende aan deze voorwaarden is voldaan.

Een andere manier om inzicht te krijgen in de oorzaken van het afwijken van standaarden, is het opsporen van de

bronnen van problemen ermee. *Figuur 1* geeft stapsgewijs het proces van standaardisering weer, van het opstellen van de standaarden tot en met de implementatie ervan. Hieruit wordt duidelijk waar zich welke problemen kunnen voordoen.

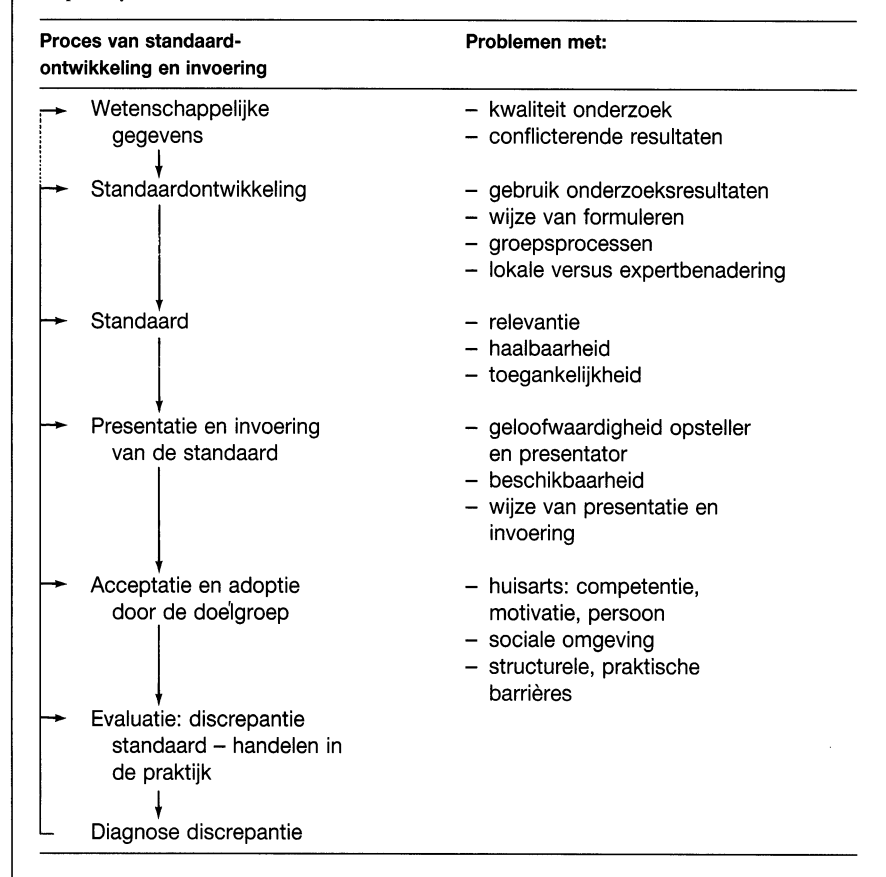
### Het opstellen van standaarden

Een niet goed verlopend proces van standaardisering zal met name de wetenschappelijke houdbaarheid aantasten en daarmee de acceptatie van de standaard bemoeilijken. In de specialistische wereld kent men als gestandaardiseerde methode de consensus-conferenties.<sup>3 5 25</sup>

In de vele jaren waarin men ervaring heeft opgedaan met deze zorgvuldige procedure – waarbij zowel naar wetenschappelijke houdbaarheid als naar een breed draagvlak wordt gestreefd – is een aantal problemen aan het licht gekomen:

- er wordt vaak selectief gebruik gemaakt van wetenschappelijke gegevens; klinische ervaringen en vooroordelen spelen een belangrijke rol,<sup>26</sup>
- er is een grote behoefte om tot consensus te komen; daarom wordt nogal

**Figuur 1** Oorzaken voor de discrepantie tussen een standaard en het feitelijk handelen in de praktijk.



eens gezocht naar compromissen tussen tegengestelde meningen;<sup>5</sup>

- de wetenschappelijke gegevens zijn onvoldoende of conflicterend;
- in tijdnood worden niet alle beschikbare gegevens goed verwerkt;
- de inbreng van niet-experts is feitelijk gering; dominante leden drukken hun mening door.<sup>5</sup>

Een ander probleem is dat huisartsen soms afwijzend staan tegenover standaarden waarbij ze niet zelf betrokken zijn geweest, terwijl hun eigen formulering van de standaard waarschijnlijk weinig zou afwijken van die van de experts.<sup>27 28</sup>

### De standaard zelf

Het resultaat van een proces van standaardisering is een 'produkt', een boodschap die bij de doelgroep in de smaak moet vallen. Acceptatie en invoering ervan zal onder meer afhangen van de relevantie, de kwaliteit, de hanteerbaarheid en de vormgeving van het produkt. Dat kan de volgende problemen geven:

- problemen met de relevantie: de standaard betreft een zeldzame situatie in de praktijk of een situatie die zelden of nooit als een probleem wordt ervaren; de standaard is niet geschreven vanuit het perspectief van de huisarts en sluit niet aan bij diens probleemoplossend handelen, dat vooral casuïstisch en patiëntgebonden is;<sup>29 30</sup>

- problemen met de haalbaarheid: de standaard maakt het dagelijkse werk moeilijker in plaats van gemakkelijker; hij houdt geen rekening met het unieke van de arts-patiënt relatie en de voorkennis van de arts<sup>17</sup> of de continuïteit in de zorg;<sup>15 31</sup> ze is overcompleteet, de essentiële zaken komen er onvoldoende in naar voren;<sup>27 32</sup>
- problemen met de vormgeving: de vormgeving van de standaard is ontoegankelijk en weinig bruikbaar voor de praktijk;<sup>33 34</sup> de stijl is onvoldoende concreet en casuïstisch, en niet toegesneden op situaties die de huisarts in de praktijk ziet;<sup>30</sup> de standaard bevat veel technisch jargon en is vooral interessant voor andere wetenschappers.<sup>35</sup>

### Presentatie en invoering

Problemen op dit gebied kunnen te maken hebben met zowel de presentator als de wijze van invoering:

- problemen met de presentator: de opsteller, de 'bron' van de standaard wordt niet als geloofwaardig gezien of roept weerstanden op;<sup>23</sup> de presentator wordt gezien als iemand met revolutionaire ideeën;<sup>7</sup> of de invoerder staat te ver af van de doelgroep, wordt gezien als een 'wetenschapper' (met alle negatieve connotaties van dien) en niet als huisarts-practicus;<sup>30 36</sup>
- problemen met de wijze van invoering:

ring: de methode van presentatie en invoering is te veel gericht op kennisvermeerdering en te weinig op gedragsverandering;<sup>37</sup> men kiest voor schriftelijke methoden, die slechts een klein deel van de artsen bereiken<sup>38-40</sup> of niet aansluiten bij de wijze waarop huisartsen leren (meestal via observaties, consultatie, ervaring);<sup>7 30 41</sup> de methode sluit niet aan bij bestaande lacunes en behoeften in de praktijk.<sup>42-44</sup>

### De huisarts

De huisarts is degene die uiteindelijk positief moet reageren op de standaard en tot invoering moet overgaan. Daarbij kunnen tal van belemmerende factoren een rol spelen (figuur 2), die grofweg zijn te onderscheiden in gebrekkige competentie, onvoldoende motivatie en belemmerende persoonlijke factoren:

- gebrekkige competentie: de huisarts leest geen tijdschriften of volgt geen nascholing en is niet op de hoogte; hij is de informatie over de standaard vergeten voordat hij tot invoering kan overgaan;<sup>39</sup> het ontbreekt hem aan inzicht in eigen routines en de lacunes daarin, hij overschat het eigen handelen;<sup>42 43</sup> hij mist de benodigde kennis en vaardigheden om iets met de standaard te doen;<sup>6 45</sup> hij ziet geen concrete alternatieven om het nieuwe gedrag toe te passen of heeft geen gelegenheid om ermee te experimenteren;<sup>42 43</sup>
- onvoldoende motivatie: de huisarts ziet meer nadelen dan voordelen in het nieuwe handelen, hij verwacht negatieve consequenties;<sup>23 46</sup> het gevoel ontbreekt dat het eigen handelen te wensen overlaat, hij ziet de noodzaak niet;<sup>42 44</sup> de huisarts heeft weerstand tegen wetenschappelijke gegevens, standaarden en experts in het algemeen;<sup>7 35 36</sup> hij ziet geen effecten van het nieuwe gedrag en valt terug in de oude routines.
- persoonlijke kenmerken: de standaard past niet bij de bestaande attitudes, zoals de taakopvatting;<sup>18</sup> de huisarts heeft weinig vertrouwen dat hij de verandering succesvol kan uitvoeren ('self-efficacy'),<sup>47</sup> of heeft in het algemeen moeite met veranderen, hij heeft een rigide instelling; hij kan geen onzekerheden accepteren en handelt in de eerste plaats defensief.<sup>48 49</sup>

### Sociale omgeving

Een huisarts werkt niet op een eiland, afgesloten van andere mensen. Kenmerkend is juist dat zijn handelen voort-

Figuur 2 Problemen bij huisartsen met acceptatie en adoptie van standaarden.

Stappen in adoptieproces	Problemen huisarts
Op hoogte van standaard	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niet lezen, geen nascholing</li> <li>- weinig contact met collegae</li> <li>- vergeten standaard</li> </ul>
Interesse in standaard	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen behoefte</li> <li>- geen inzicht in eigen routines</li> </ul>
Begrijpen van standaard	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende kennisniveau</li> <li>- niet begrijpen van standaard</li> </ul>
Acceptatie standaard, positieve attitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer nadelen dan voordelen zien</li> <li>- rigiditeit, moeite met veranderen</li> <li>- aversie tegen externe standaarden, wetenschappers, etc.</li> </ul>
Invoering in praktijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onvoldoende vaardigheden</li> <li>- geen vertrouwen in succes</li> <li>- geen gelegenheid tot experimenteren</li> <li>- sociale of structurele barrières</li> </ul>
Incorporatie, behoud van verandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vergeten, wegzakken</li> <li>- geen zicht op resultaat, geen direct succes</li> <li>- negatieve consequenties</li> </ul>

durend in overleg met anderen tot stand moet komen. Mensen in de sociale omgeving en normen die in die omgeving heersen, kunnen een sterk belemmerende invloed uitoefenen op de acceptatie en invoering van nieuwe praktijkroutines.<sup>7 51</sup>

- patiënten zijn het anders gewend, hebben andere verwachtingen en werken niet mee;
- collega's, met name opinieleiders en sleutelfiguren, staan er niet achter;<sup>7 51</sup>
- de huisarts werkt in een professionele omgeving die in het algemeen afwendend is ten aanzien van kwaliteitsbewaking, standaardisering, wetenschappelijke gegevens, etc.;<sup>6 30 50</sup>
- de huisarts is grotendeels uitgesloten van professionele interactie;<sup>52 53</sup>
- personeel in de praktijk, dat een taak heeft in de verandering, verzet zich.

### Praktische voorwaarden

Een laatste bron van problemen is gelegen in de randcondities, de praktische voorwaarden om de standaard uit te kunnen voeren.<sup>6 54</sup>

- invoering vraagt meer tijd, die niet beschikbaar is;
- invoering brengt extra kosten met zich mee of extra investeringen, waarvan de baten nog niet zichtbaar zijn;
- invoering doorkruist de bestaande praktijkvoering en -organisatie.

### Beschouwing

Standaardisering kan niet alleen afhankelijk gemaakt worden van wat huisartsen op een bepaald moment in de tijd gewend zijn te doen; daarvoor is er te veel variatie in het handelen en variatie in de tijd. De oorzaken van een discrepantie tussen een standaard en het feitelijk handelen in de praktijk kunnen veelsoortig zijn, zoals we in ons - verre van complete - overzicht hebben laten zien. De consequentie voor het proces van standaardontwikkeling is, dat per standaard nauwkeurig moet worden nagegaan waar de knelpunten liggen en welke maatregelen de adoptie ervan kunnen bevorderen. De ene keer zal dit consequenties hebben voor de standaard: er zal nog eens naar de vormgeving, de formulering of de wetenschappelijke houdbaarheid gekeken moeten worden. De andere keer zal het met name consequenties hebben voor de wijze van presentatie en invoering, die tot dan toe onvoldoende is gebleken. Duidelijk is dat zelden één oorzaak volledig verklarend en één strategie voldoende zal zijn om de discrepantie op te

lossen. Inzicht in het concrete feitelijke handelen in de dagelijkse praktijk kan in ieder geval een goed hulpmiddel vormen bij het opstellen van een brede diagnose van de discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid.

Belangrijk lijkt in ieder geval ook dat er iets wordt ondernomen op het gebied van vorming van de attitude van huisartsen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en het gebruik van landelijke standaarden in het algemeen. Huisartsen zullen in de praktijk moeten ervaren dat het voordelen heeft om bij de dagelijkse zorg uit te gaan van standaarden, die door de beroepsgroep worden gedragen en door de buitenwacht als het huisartsgeneeskundig 'produkt' worden gezien.

Verder moet men zich voortdurend realiseren dat het vaak erg lang duurt voordat op grote schaal invoering van een nieuwe aanpak plaatsvindt. Vanaf het moment dat de Engelse marinekapitein Lancaster via een experiment met vier schepen ontdekte dat met drie theelepels citroen per dag scheurbuik op lange scheepstochten kon worden voorkomen, duurde het nog bijna 200 jaar en vele nieuwe experimenten, voordat dit de standaard werd op de Britse vloot.<sup>22</sup> De verspreiding van nieuwe inzichten verloopt met de mogelijkheden van de moderne massamedia natuurlijk veel sneller. De vraag is echter of de menselijke natuur sindsdien ook zo veel veranderd is.

<sup>1</sup> Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. Den Haag, 1987.

<sup>2</sup> Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging 1987.

<sup>3</sup> Van Everdingen JJE. Consensusontwikkeling in de geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.

<sup>4</sup> Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1988.

<sup>5</sup> Jacoby J, Rose M. Transfer of information and its impact on medical practice: the U.S. experience. Int J Techn Ass Health Care 1986; 1: 107-15.

<sup>6</sup> Sanazaro P. Determining physicians performance. Continuing medical education and other interacting variables. Evaluation and the Health Professions 1983; 2: 197-210.

<sup>7</sup> Greer A. The state of arts versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice. Int J Techn Ass Health Care 1988; 1: 5-26.

<sup>8</sup> Rethans J. Standaardenbeleid. Huisarts Wet 1988; 31: 105-6.

<sup>9</sup> Mesker-Niessen J, Mokkink H, Mesker P, e.a. Een protocollaire benadering van rug-

pijn. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 41-8.

<sup>10</sup> Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.

<sup>11</sup> Smits A, Mokkink H, Grol R, e.a. Spreekuurgedrag van huisartsen. Huisarts Wet 1985; 28: 121-5.

<sup>12</sup> Mokkink H, Tielens V, Smits A, Grol R. Werkstijlen van huisartsen. Huisarts Wet 1986; 29: 72-6.

<sup>13</sup> Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

<sup>14</sup> Koran L. The reliability of clinical methods, data and judgements. New Engl J Med 1975; 293: 642-6, 695-701.

<sup>15</sup> Van Weel C. Alledaagse ziekten en een gezond verstand. Huisarts Wet 1986; 29: 132-6.

<sup>16</sup> Wiegiersma L. Doelstellingen en beperkingen van protocollen in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1986; 29: 300-5.

<sup>17</sup> Meijman FJ. Voorkennis: werkzaam middel of placebo? Huisarts Wet 1988; 31: 250-1.

<sup>18</sup> Grol R, Van Eijk J, Mokkink H, e.a. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving 1985; 6: 31-40.

<sup>19</sup> Eisenberg J. Physician utilization. The state of research about physicians practice patterns. Med Care 1985; 23: 461-83.

<sup>20</sup> Fishbein M, Azjen J. Beliefs, attitudes, intentions and behavior. Reading, Ma.: Addison Wesley, 1975.

<sup>21</sup> McGuire W. Attitudes and attitude change. In: Lindzey G, et al, eds. Handbook of social Psychology, Vol 2. 3rd ed. New York: Random House, 1985.

<sup>22</sup> Rogers E. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 1983.

<sup>23</sup> Kok G. Theorieën over gedragsbeïnvloeding. In: Damoiseaux V, e.a., red. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1987.

<sup>24</sup> Grol R. Deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Van standaard tot ander handelen. Med Contact 1988; 43: 395-9.

<sup>25</sup> Kosecoff J, Kanouse D, Rogers W, et al. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. JAMA 1987; 258: 2708-13.

<sup>26</sup> Pauker S. Decision analysis as a synthetic tool for achieving consensus in technology assessment. Int J Techn Ass 1986; 2: 83-97.

<sup>27</sup> Sanazaro P. Medical audit: experience in the U.S.A. Br Med J 1974; i: 271-82.

<sup>28</sup> Thompson H, Osborne C. Development of criteria for quality assurance of ambulatory child health care. Med Care 1974; 12: 807-29.

<sup>29</sup> Feltovitch P, Barrows H. Issues in generality in medical problem solving. In: Schmidt H, et al, eds. Tutorials in problem-based learning. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1984.

<sup>30</sup> Bohannan R, LeVeau B. Clinicians use of research findings. Physical Therapy 1986; 66: 45-50.

<sup>31</sup> Grol R, Smits A, Franssen H, e.a. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1987; 30: 275-9.

- <sup>32</sup> Vuori H. Quality assurance of health services. Copenhagen: WHO, 1982.
- <sup>33</sup> Kahan J, Kanouse D, Winkler J. Variations in the content and style of NIH-consensusstatements. Rand Corporation, 1984.
- <sup>34</sup> Hunt J. Indicators for nursing practice. The use of research findings. *J Adv Nurs* 1981; 6: 189-94.
- <sup>35</sup> Rosenblatt A. The practitioners use and evaluation of research. *Social Work* 1968; 13: 53-9.
- <sup>36</sup> Black D. Research: some Anglo-Saxon attitudes. *J Lab Clin Med* 1975; 85: 707-10.
- <sup>37</sup> Sackett D, Haynes R, Tugwell P. Clinical epidemiology. Boston, Toronto: Little, Brown and Comp, 1985.
- <sup>38</sup> Avorn J, Soumerai S. Improving drugtherapy decisions through educational outreach. *New Engl J Med* 1983; 308: 1457-63.
- <sup>39</sup> Evans C, Haynes R, Birkett N. Does a mailed continuing education program improve physician performance. *JAMA* 1986; 255: 501-4.
- <sup>40</sup> Stimson E, Mueller D. Survey of health professionals information needs and habits. *JAMA* 1980; 243: 140-3.
- <sup>41</sup> Whitney M, Caplan R. Learning styles and instructional preferences of family practice physicians. *J Med Education* 1978; 53: 684-6.
- <sup>42</sup> Geertsema R, Parker R, Krauss Whitbourne S. How physicians view the process of change in their practice behavior. *J Med Education* 1982; 57: 752-61.
- <sup>43</sup> Scott A. Continuing education: more or better? *New Engl J Med* 1976; 295: 444-5.
- <sup>44</sup> Kaluzny A, Hernandez S. Organizational change and innovation. In: Shortell S, Kaluzny A. Health care management: a text in organization theory and behavior. New York: Wiley, 1983.
- <sup>45</sup> Asbaugh D, McKean R. Continuing Medical Education: the philosophy and use of audit. *JAMA* 1976; 13: 1485-8.
- <sup>46</sup> Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 175-83.
- <sup>47</sup> Strecher V, McEvoy De Vellis B, Becker M, et al. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly* 1986; 13: 73-91.
- <sup>48</sup> Lamberts H, Janssens P. Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 598-602.
- <sup>49</sup> Grol R, Mokink H, Van Eijk J, e.a. De onzekere huisarts. *Med Contact* 1985; 45: 1400-2.
- <sup>50</sup> Miller J, Messenger S. Obstacles to applying nursing research findings. *Am J Nurs* 1978; 78: 632-4.
- <sup>51</sup> Stross J, Harlan W. The dissemination of new medical information. *JAMA* 1979; 241: 2622-4.
- <sup>52</sup> Freiman M. The rate of adoption of new procedures among physicians. *Med Care* 1985; 23: 939-45.
- <sup>53</sup> Maxwell J, Sandlow L, Bashook E. Effect of a medical care evaluation program on physician knowledge and performance. *J Med Education* 1984; 59: 33-8.
- <sup>54</sup> Sang-O-Rhee. Relative importance of physicians personal and situational characteristics for the quality of care. *J Health Soc Beh* 1977; 18: 10-5.
- <sup>55</sup> Meijman F. De pilcontrole. Zin en onzin van een routinehandeling in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1980; 23: 92-100.
- <sup>56</sup> Sips A, Crebolder H. Een consensusprocedure over de pilcontrole. *Huisarts Wet* 1987; 30: 174-8.
- <sup>57</sup> Anoniem. NHG-Standaard Anticonceptie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap 1988.
- <sup>58</sup> Crebolder H, Sips A. De pilcontrole: onderzoek en opvattingen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 180-2.
- <sup>59</sup> Anoniem. NIPO-enquete pilcontrole. De vrouwelijke patiënt 1988; 1: 16-18.
- <sup>60</sup> Van Weel C. Huisarts en orale anticonceptie: van controle naar selectie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 169.
- <sup>61</sup> Vliet L, Dekker F, Mulder J. De pilcontrole afgeschaft, opluchting of gemis. *Huisarts Wet* 1988; 31: 7-10.

## Vervolg van pag. 391

- <sup>1</sup> Meijman FJ. PA-onderzoek na kleine chirurgie: een paradox [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1987; 30: 99-100.
- <sup>2</sup> Bhawar J. Melanocytic nevi. *J Cutaneous Pathol* 1979; 6: 153-69.
- <sup>3</sup> Macey-Roberts E, Ackerman AB. A critique of techniques for biopsy of clinically suspected malignant melanomas. *Amer J Dermatol Pathol* 1982; 4: 391-8.
- <sup>4</sup> Suurmond D, Bergman W. Melanoom of geen melanoom? Enkele praktische richtlijnen voor de klinische differentiële diagnostiek van gepigmenteerde huidtumoren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 23: 981-5.
- <sup>5</sup> Rampen FHJ, Rümke Ph. Consensus melanoom van de huid. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 785-8.
- <sup>6</sup> Van Everdingen JJE, Rampen FHJ, Hulsebosch HJ. Melanoom van de huid; het effect van consensus richtlijnen beoordeeld. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 23: 980-1.
- <sup>7</sup> Suurmond D. Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1673-4.
- <sup>8</sup> Berretty PJM. Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1154.
- <sup>9</sup> Rampen FHJ. Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1154.
- <sup>10</sup> Anoniem. Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 778.
- <sup>11</sup> Van den Bosch W, Voorn Th. Kleine chirurgie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1986; 29: 243-7.
- <sup>12</sup> Muijers PEM. Kleine tumoren. *Huisarts Wet* 1987; 30: 123-5.
- <sup>13</sup> Rampen FHJ, Rümke PH. Veranderend verwijspatroon met betrekking tot het melanoom van de huid? *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 997-9.
- <sup>14</sup> Rampen FHJ, Hulsebosch HJ. Het maligne melanoom van de huid; behandelingsadviezen naar aanleiding van een enquête onder Nederlandse dermatologen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1853-7.