

welk verschil nog klinisch relevant is. Indien men evenwel de principes van toetsing en van de schatting van de benodigde steekproefomvang begrijpt, kan men de hiermee samenhangende beslissingen beter onderbouwd nemen.

- ¹ Knottnerus JA, Volovics A. Medisch-statistische besprekingen voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1987; 30: 349-50, 356.
- ² Knottnerus JA, Knipschild PG, Sturmans F. Symptomatologie en selectiebias. Vertekening van het verband tussen klachten en diagnosen ten gevolge van selectie naar hogere echelons. *Huisarts Wet* 1985; 28: 325-330.
- ³ Van Eijk JThM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e dr. Lelystad: Meditext, 1987.
- ⁴ Van Eijk J, Smits A, Huygen F, Van den Hoogen H. Overlijden als gevolg van chronische of acute ziekte en het morbiditeitspatroon van de nabestaanden. *Huisarts Wet* 1987; 30: 336-9, 341.
- ⁵ Smits A, Van der Grinten R, Huygen F, Van den Hoogen H. 'Ze stuurden me naar de dokter'. Een gezinsgeneeskundig signaal. *Huisarts Wet* 1987; 30: 377-80.
- ⁶ Knottnerus JA, Volovics A. Correlatie en regressie. *Huisarts Wet* 1988; 31: 18-22.
- ⁷ Colton T. *Statistics in medicine*. Boston: Little, Brown and Company, 1974.
- ⁸ Miettinen OS. *Theoretical epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, 1985.
- ⁹ Pocock SJ. *Clinical trials. A practical approach*. New York: John Wiley & Sons, 1983.

Standaardenbeleid

In dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* plaatst de Maastrichtse huisarts Rethans een aantal kanttekeningen bij het standaardenbeleid van het NHG. De redactiecommissie is van mening dat met het naschrift van de voorzitter van het Genootschap het laatste woord over dit onderwerp nog allerminst is gezegd; zij nodigt daarom de lezers nadrukkelijk uit te reageren op deze discussie.

Standaardenbeleid

In het oktobernummer van *Huisarts en Wetenschap* 1987 refereert Tielens als voorzitter van het NHG opnieuw aan het standaardenbeleid van het Genootschap.¹ Hij spreekt in dit verband onder meer over de wetenschappelijke taak die het NHG als organisatie heeft, en over het spanningsveld tussen het NHG en perifere huisartsen. Op de Referatendag van 1986 sprak Tielens' voorganger Bottema ook over het standaardenbeleid en daarbij waarschuwde hij voor de breuk die aan het ontstaan was tussen wetenschappelijke beoefenaren van de huisartsgeneeskunde (lees: universitaire vakgroepen en het NHG) en de mensen in het veld (lees: perifere huisartsen). Die breuk zou vooral tot stand kunnen komen doordat de twee groepen meer en meer geïsoleerd van elkaar te werk gaan.

Hoewel ik de uitgangspunten van het standaardenbeleid – zij het aarzelend – onderschrijf, wil ik toch enige kritische opmerkingen maken over dit onderwerp, met name omdat ik vrees dat er ongemerkt een nieuw paradigma in de huisartsgeneeskunde aan het binnensluipen is: datzelfde standaardenbeleid.

Allereerst is het nuttig om te weten dat op dit moment alleen in Nederland een standaardenbeleid wordt ontwikkeld. In Engeland, Denemarken en Canada, landen die qua onderzoeksniveau vergelijkbaar zijn met Nederland, speelt de hele discussie niet. McWhinney is er zelfs een tegenstander van (persoonlijke mededeling).

Al in 1976 maakte *Senior* een onderscheid tussen 'competence' en 'performance'.² Competence werd gedefinieerd als 'what a physician is capable of doing' en performance als 'what a physician actually does in his day-to-day practice'. Hiermee werd in de Amerikaanse toetsingskeuken duidelijk een verschil gemaakt tussen wat iemand kent en wat iemand doet. *Neufeld and Norman* waarschuwden in hun recente boek 'Assessing clinical competence' tegen diverse manieren van standaardenbepaling.³ Zij spreken in dit verband over het gevaar van de 'armchair method'. Hiermee wordt bedoeld dat een groep experts min of meer vanuit hun kijk op het vak achterover leunend een standaard vaststelt en die vervolgens toegepast op de beroepsgroep.

Hoewel de uitdrukking 'armchair method' niet in zijn geheel opgaat voor het standaardenbeleid van het NHG, schuilt hetzelfde gevaar in de manier waarop nu standaarden worden gemaakt en de manier waarop over standaarden wordt gesproken. Met de opmerkingen van *Senior* en *Neufeld and Norman* in gedachten is het dus niet verwonderlijk dat huisartsen in het veld bij het toepassen van standaarden op hun handelen keer op keer niet hoger scoren dan 50-70 procent van de standaard.^{4,5} *Norman* toonde met simulatiepatiënten overtuigend aan dat artsen die op papier een standaard hadden vastgesteld, in de praktijk slechts 68 procent op die standaard scoorden.⁶

Al eerder heeft *Wigersma* uitgesproken dat protocollen hooguit bruikbaar zouden zijn voor bepaalde vormen van onderwijs en onderzoek, met name voor kennisoverdracht.⁷ Uit de lage scores die huisartsen op standaarden behalen wordt vaak de conclusie getrokken dat huisartsen moeten worden bijgeschoold. In 1982 toonden *Sibley et al.* echter aan dat het toenemen van kennis via nascholing van artsen niet gepaard ging met beter handelen in de praktijk.⁸ Hiermee wordt zelfs de kennisoverdracht van protocollen ter discussie gesteld.

Bij het constateren van de lage scores die huisartsen behalen op protocollen, is echter ook andere redenering mogelijk, namelijk dat de standaarden moeten worden bijgesteld naar een meer praktische benadering. Het gevalideerd zijn van standaarden betekent op dit moment vaak dat wordt gekeken of praktiserende huisartsen hun consulten kunnen registreren aan de hand van een checklist van een protocol. Dit is echter de zaak omdraaien: het zou de voorkeur verdienen om eerst eens praktisch te kijken naar wat huisartsen echt doen tijdens hun spreekuur en in aansluiting daarop de standaard vast te stellen (waarbij huisartsen ongetwijfeld nooit 100 procent hoeven te scoren). Mijns inziens zou het NHG er dan ook goed aan doen om het onderscheid 'competence-performance' eens nader te bestuderen en vervolgens te overwegen of het misschien zinvoller en effectiever zou zijn om het standaardenbeleid vanuit dat concept te presenteren. Met het

erkennen van het bestaande verschil tussen competence en performance kunnen de beweegredenen tot het ontwerpen van het standaardenbeleid misschien zo geherformuleerd worden dat het verschil NHG-periferie juist bevruchtend werkt en niet als splijtzwam gaat fungeren.

Jan-Joost Rethans,
vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Limburg

- ¹ Tielens VCL. Het NHG en de periferie. *Huisarts Wet* 1987; 30; 302.
- ² Senior JR. *Towards the measurement of competence in medicine*. Philadelphia: National Board of Medical Examiners, 1976.
- ³ Neufeld VR, Norman GR. *Assessing clinical competence*. New York: Springer, 1985.
- ⁴ Grol R. *Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ⁵ Rethans JJE, Van Boven CPA. A different look at the consultation. *Br Med J* 1987; 294; 809-12.
- ⁶ Norman GR, Neufeld VR, Walsh A, Woodward CA, McConvey G. Measuring physicians' performances by using simulated patients. *J Med Educ* 1985; 60; 925-34.
- ⁷ Wigersma L. Doelstellingen en beperkingen van protocollen. *Huisarts Wet* 1986; 29; 300-5.
- ⁸ Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *NEJM* 1982; 306; 511-5.

Naschrift

Met de waarschuwing van Rethans voor het gevaar van de 'armchair method' voor het vaststellen van een standaard kan ik uiteraard geheel instemmen. Het NHG heeft dat gevaar van het begin af aan onderkend. Dat heeft ertoe geleid dat de volgende concrete maatregelen genomen zijn om dit gevaar te voorkomen:

- De onderwerpen waarvoor een eventuele standaard gemaakt zal worden, moeten worden afgeleid uit het Basistakenpakket, dat door de gehele beroepsgroep (LHV) is geaccordeerd. Dit voorkomt dat stokpaardjes van deze of gene voorrang zouden krijgen boven het gemeengoed van de beroepsgroep.
- Het proces van opstellen van een standaard begint met het aangeven van een ontwerpstandaard, die uitvoerig wordt getest op haalbaarheid. Hiervoor

doet het NHG niet alleen een beroep op aan UHI's gelieerde huisartsopleiders of huisarts-docenten voor co-assistenten, maar ook via de SDH op leden van de WDH's, en op iedere huisarts die daaraan wil meewerken – zie de oproep in het januari- en februari-nummer van *Huisarts en Wetenschap*).

- Een aldus uitgeteste ontwerpstandaard wordt vervolgens door een groep van wijze mannen, de autorisatiecommissie, gewikt en gewogen, onder andere met betrekking tot de haalbaarheid, relevantie en wetenschappelijke onderbouwing. Pas daarna wordt het ontwerp al dan niet voorgedragen voor autorisatie.

- Uiteindelijk dient de ledenvergadering van het NHG akkoord te gaan om de standaard te accepteren als leidraad voor het handelen van huisartsen.

- Om te voorkomen dat de standaarden verouderen en gaan achterlopen bij nieuwe maatschappelijke of wetenschappelijke ontwikkelingen, dient het ledencongres van het NHG telkens de eerder geautoriseerde en aangenomen standaarden opnieuw te accorderen.

Door deze maatregelen wordt voldoende gegarandeerd dat de standaarden daadwerkelijk gezien en beleefd kunnen worden als door de beroepsgroep zelf geformuleerde en geaccepteerde normen voor het handelen. Het standaardenbeleid van het NHG is dan ook primair bedoeld om de kwaliteit en inhoud van het huisartsgeneeskundig handelen zichtbaar te maken, zowel voor de beroepsgroep zelf als ook voor de buitenwereld. Het draagt verder bij aan het opheffen van het teveel aan vrijblijvendheid in de uitoefening van het huisartsenvak: de beroepsgroep zelf geeft in zijn standaarden aan waar de huisarts voor staat, waarop hij mag worden aangesproken. Pas in afgeleide zin kunnen de standaarden helpen bij (onderlinge) toetsing en deskundigheidsbevordering.

Standaarden zijn niet hetzelfde als protocollen, een suggestie die uit het stuk van Rethans naar voren komt. Protocollen – en dan bedoel ik uitdrukkelijk andere protocollen dan de Nijmeegse, die vooral als meetinstrument voor wetenschappelijk onderzoek zijn bedoeld – kunnen op zijn hoogst een onderdeel van een standaard uitmaken. Een standaard is te beschouwen als een

handleiding, voorzien van criteria voor het handelen van huisartsen, wetenschappelijk verantwoord en op haalbaarheid getest, en zo nodig voorzien van een pakket toetsings- en nascholingsmogelijkheden.

Bij het vaststellen van criteria voor het handelen van huisartsen dient zeker rekening te worden gehouden met wat huisartsen in feite gewoon zijn te doen. Het kan echter niet zo zijn, dat het gemiddelde handelen verheven wordt tot enige norm. Met andere woorden: door het vaststellen van criteria en standaarden zal sommig handelen van huisartsen blijken de maat blijken te vallen, terwijl ander handelen binnen de norm valt of er zelfs boven uitgaat.

Waarom Rethans meent dat alleen in Nederland op dit moment een standaardenbeleid wordt ontwikkeld, is voor mij een raadsel. In de internationale literatuur bestaat juist een hele stroom die is gericht op kwaliteitsbewaking en kwaliteitsgarantie. Daarin spelen normen, criteria en standaarden een belangrijke rol, naast protocollen, consensus en toetsing. In het rapport 'What sort of doctor?' van het Royal College of General Practitioners wordt dit bijvoorbeeld in detail uitgewerkt.

De positie van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem is in Nederland nogal anders dan in de meeste andere landen. Of de huisarts zijn centrale plaats in ons systeem zal behouden, is mede afhankelijk van de ernst die wordt gemaakt met het opheffen van te grote vrijblijvendheid. Uit de reactie van Rethans blijkt dat er over het standaardenbeleid van het NHG gemakkelijk misverstanden kunnen ontstaan. Ik hoop dat op korte termijn de eerste ontwerpstandaarden beschikbaar zullen komen voor het testen op haalbaarheid en wetenschappelijk onderbouwing. Pas door samen daarmee aan de slag te gaan zal het lukken de juistheid van het standaardenbeleid te toetsen.

V.C.L. Tielens,
voorzitter NHG