

Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering rond NHG-standaarden

A. ZWAARD
S. ZIJLSTRA
R. GROL

Op basis van literatuurstudie en interviews met experts is een model voor kwaliteits- en deskundigheidsbevordering in het kader van de standaarden opgesteld. De vraag luidde hoe standaarden zodanig verspreid en ingevoerd kunnen worden, dat huisartsen hun werkwijze ook aanpassen, en hoe deskundigheidsbevordering hieraan kan bijdragen. Het ontwikkelde model bestaat uit een aantal stappen die de invoering mogelijk moeten maken: op de hoogte raken van de standaard, geïnteresseerd raken, de essentie begrijpen, inzicht in eigen werkwijze krijgen, een positieve houding ten opzichte van de standaard ontwikkelen, bereid zijn om de eigen werkwijze aan te passen, daadwerkelijke invoering in de praktijk en behoud van de verandering. Elke stap kan problemen en daarop gerichte strategieën en interventies opleveren. Op basis van dit model zijn programma's rond de eerste NHG-standaarden ontwikkeld.

Zwaard A, Zijlstra S, Grol R. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering rond NHG-standaarden. Huisarts Wet 1989; 32(13): 501-4.

Dr. R. Grol, coördinator Interuniversitaire Werkgroep KUN-RL 'Kwaliteitsbevordering huisartsgeneeskunde'; A. Zwaard, huisarts; S. Zijlstra, huisarts.

Correspondentie: Dr. R. Grol, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Inleiding

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan snel. De noodzaak van kostenbeheersing, de tendens naar privatisering, de verschuiving van taken van specialist naar huisarts en de toenemende invloed van verzekeraars en patiënten zullen de positie van de huisarts in het komende decennium minder stabiel maken dan tevoren. De huisarts zal in toenemende mate moeten werken in een systeem waarin hij zijn kennis en kunnen moet 'verkopen op de gezondheidszorgmarkt'.¹ Hij zal steeds meer gebonden zijn aan regels en de samenleving zal steeds kritischer toekijken.

In een dergelijk gezondheidszorgsysteem is het voor de geloofwaardigheid van de huisartsgeneeskunde van groot belang dat de beroepsgroep laat zien waar zij voor staat: 'Dit is ons zorgprodukt, dit produkt heeft kwaliteit en wij garanderen dat huisartsen dit kwaliteitsprodukt leveren.' Onderdeel hiervan is een systeem van regelmatige en gestructureerde kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering, waarin die garantie wordt geboden.

Centraal in een dergelijk systeem staan de landelijke standaarden, die door het NHG worden ontwikkeld. Deze vormen het gezicht van de huisartsgeneeskunde naar de samenleving. Standaarden met een breed draagvlak in de beroepsgroep zijn echter op zichzelf onvoldoende om te garanderen dat huisartsen ook volgens die standaarden werken. Zelfs al weet men wat men idealiter moet doen, dan is dit op zichzelf nog onvoldoende om over te gaan tot een aanpassing van de eigen praktijk-routines.²

Een belangrijke vraag is derhalve hoe de standaarden zodanig verspreid en ingevoerd kunnen worden, dat huisartsen bereid zijn hun werkwijze ook aan te passen aan deze richtlijnen. De vraag is ook hoe deskundigheidsbevordering van huisartsen hieraan kan bijdragen.

In een project van SDH, NHG en de Interuniversitaire Werkgroep KUN-RL 'Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde' wordt getracht op deze vragen een antwoord te geven. In dit artikel wordt hierop

globaal ingegaan. Te zijner tijd zal hierover een boekje vanuit het NHG verschijnen.

Uitgangspunten

Op basis van literatuurstudie en interviews met deskundigen op het gebied van voorlichting, onderwijs, marketing, communicatie en innovatie is een model geformuleerd dat als hulpmiddel kan dienen bij de invoering van standaarden en het opzetten van deskundigheidsbevordering rond die standaarden. Aan dit model liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag:

- Deskundigheidsbevordering moet zich richten op het introduceren van nieuwe inzichten, de recente stand van zaken in het vak of standaarden die hun basis vinden in wetenschappelijk onderzoek of een brede consensus onder huisartsen.
- De standaarden kunnen niet als pasklare richtlijnen worden aangeboden. Mensen hebben altijd de behoefte de innovaties aan te passen. Ook voor huisartsen geldt dat ze de gelegenheid moeten krijgen na te gaan, hoe ze in de eigen lokale of persoonlijke situatie ingepast kunnen worden.
- Invoering van standaarden en deskundigheidsbevordering rond standaarden is een proces met verschillende stappen. Men dient met alle stappen rekening te houden.
- Er moet een variatie aan methoden, programma's en activiteiten worden aangeboden. Huisartsen hebben verschillende achtergronden, behoeften, ervaringen, leerstijlen en kennisniveaus: de een leert vooral uit een theoretische introductie, de ander door demonstratie of experimenteren.³
- Een combinatie van interventies en activiteiten is effectiever dan een enkelvoudige activiteit.⁴
- Een goede analyse van de invoeringsproblemen behoort tot de invoeringsstrategie of de deskundigheidsbevordering rond een standaard. Huisartsen hebben zeer verschillende – vaak logische – redenen om niet (direct) tot adoptie van de nieuwe inzichten over te gaan.⁵
- De meest effectieve vorm van deskundigheidsbevordering vindt waarschijnlijk plaats in kleine groepen met een relatief lange levensduur, waarin huisartsen elkaar feedback geven op het handelen.⁶⁻⁸

• Aan een aantal condities moet zijn voldaan (organisatie, begeleiding, eventueel honorering), opdat invoering van of deskundigheidsbevordering rond standaarden goed uitgevoerd kan worden.

Een model

In het model worden vier stappen onderscheiden. Bij elk van de stappen kunnen zich problemen voordoen, waarmee men rekening moet houden bij de activiteiten en interventies die men wil opzetten (*kader*). Uiteraard zijn deze stappen niet volstrekt onafhankelijk van elkaar en bestaat er een zekere overlap.

1 Oriëntatie

• **Kennisname** In de eerste plaats is het van belang dat huisartsen kennisnemen van nieuwe inzichten of standaarden. Het probleem kan zich voordoen dat bepaalde (groepen) huisartsen de nieuwe informatie niet lezen, niet onder ogen krijgen of niet vernemen, doordat ze geen cursussen volgen of weinig contact met collegae hebben. Het kan ook zijn dat ze selectief lezen en alleen opnemen wat een bevestiging van de eigen ideeën inhoudt.

• **Betrokkenheid en interesse** Deskundigheidsbevordering moet in eerste instantie belangstelling voor een onderwerp wekken en het idee bij de huisarts geven: 'Dit is interessant, hier wil ik meer van weten'. De eerste activiteiten moeten de huisarts zo raken dat hij zich er betrokken bij gaat voelen. Problemen kunnen zich voordoen als huisartsen het onderwerp niet relevant vinden, als de vormgeving en presentatie van de nieuwe inzichten ontoegankelijk of onoverzichtelijk is, of als de informatie niet geschreven is vanuit het perspectief van de huisarts, dus niet vanuit de problemen die hij dagelijks tegenkomt.

2 Inzicht

• **Begrijpen** Inzicht in de bedoeling van de nieuwe werkwijze en in de achterliggende argumenten is vereist. De huisarts moet weten waar het om gaat en wat er van hem verwacht wordt. Net als bij de eerste stap kan ook hier een ontoegankelijke vormgeving of een onbegrijpelijke, abstracte of technische presentatie een goed begrip in

Opbouw deskundigheids- of kwaliteitsbevordering

Problemen

Activiteiten

1 Oriëntatie

- **Aandacht**
niet lezen, geen cursussen volgen, geen contact met collegae
- **Interesse**
geen behoefte, niet relevant voor praktijk vinden

- persoonlijke benadering via sleutelfiguren
- beknopte informatie/folder over essentie, achtergronden
- wervende folder
- oefening gericht op confrontatie met eigen handelen
- casuïstische situaties
- combinatie schriftelijke en persoonlijke benadering

2 Inzicht

- **Begrijpen**
– onvoldoende kennis
– instructie te technisch/te complex
- **Inzicht in eigen handelen**
geen inzicht, overschatting eigen handelen, defensieve houding

- simpele kortdurende presentaties
- kernachtige boodschap/herhaling
- vertaling informatie in casuïstische situaties
- eenvoudige registratiemethoden voor praktijk
- intercollegiale toetsing en constructieve feedback
- zelftoetsen

3 Acceptatie

- **Positieve houding**
meer nadelen dan voordelen zien, twijfel aan haalbaarheid, twijfel aan geloofwaardigheid opstellers, onvoldoende betrokken voelen
- **Veranderingsbereidheid**
geen concrete alternatieven zien, onvoldoende vertrouwen in succes, problemen bij omgeving verwachten

- heldere informatie over belang, wetenschappelijke argumenten, cijfers
- groepsdiscussies over voor- en nadelen, weerstanden bespreken
- inschakeling huisartsen met ervaring met nieuwe handelen
- demonstreren van ander handelen; laten zien dat het uitvoerbaar is
- simpele, haalbare doelen per persoon, stap voor stap strategie
- inventariseren van te verwachten problemen, oplossingen bedenken

4 Verandering

- **Invoering in praktijk**
– onvoldoende vaardigheden
– praktische barrières
– collegae, patiënten etc. blijken niet mee te werken
- **Behoud van verandering**
– vergeten, terugvallen, niet meteen succes

- vaardigheidstraining, rollenspel, skillslab, demonstratie, etc.
- folder voor patiënten
- strategie voor afspraken met collegae
- reminders, praktische hulpmiddelen
- regelmatige (zelf)toetsing, voortdurend feedback

de weg staan. Maar het is ook mogelijk dat de huisarts onvoldoende achtergrondkennis heeft om de nieuwe inzichten te kunnen begrijpen.

- *Inzicht in eigen handelen* De huisarts zal vervolgens ook moeten weten hoe zijn eigen routines er uitzien en op welke punten zij afwijken van de nieuwe inzichten of standaarden. Een dergelijk inzicht kan bijvoorbeeld ontbreken door een defensieve houding (afwijzen van het nieuwe) of door het overschatten van de kwaliteit van de eigen werkwijze.

3 Acceptatie

- *Positieve houding* Een belangrijke stap is vervolgens dat de huisarts de voor- en nadelen van de nieuwe standaard afweegt en zijn houding bepaalt. Een negatieve houding kan optreden als de huisarts meer nadelen dan voordelen ziet, de nieuwe richtlijnen als onhaalbaar voor zijn eigen praktijk ziet, twijfelt aan de wetenschappelijke argumenten erachter of twijfelt aan de geloofwaardigheid van de opstellers ervan. Ook is het mogelijk dat de huisarts de nieuwe inzichten als 'van buiten komend' of als 'iets van wetenschappers' afwijst. Men kan zich onvoldoende betrokken voelen bij het ontwikkelen van de standaarden.

- *Veranderingsbereidheid* Nauw samenhangend met een positieve houding is de bereidheid om de nieuwe inzichten ook echt in de praktijk toe te passen. Hierbij kunnen zich weer nieuwe problemen voordoen. Dat men het eens is met de standaard, betekent niet dat men concreet ziet hoe het anders moet of dat men geen problemen verwacht bij de feitelijke invoering. Het kan zijn dat men twijfelt aan de coöperatie van collegae, patiënten of anderen. Of misschien heeft de huisarts onvoldoende vertrouwen in het welslagen van de veranderingen of in het algemeen weinig neiging tot veranderen ('is lastig, kost extra energie').

4 Verandering

- *Invoering in de praktijk* Het invoeren in de praktijk is een volgende stap. Daartoe moet de huisarts beschikken over de nodige vaardigheden, hetgeen een probleem kan opleveren. Ook kan hij allerlei praktische en structurele belemmeringen ontmoeten

bij het testen van de nieuwe routines (randvoorwaarden ontbreken, het kost extra geld en tijd, het geeft onrust in de praktijk).

- *Behoud van verandering* Het is bekend dat men na een verandering vaak snel weer terugvalt in de oude routines. Het kan zijn dat de huisarts de nieuwe werkwijze na enige tijd vergeet, of dat de verandering niet direct resultaat oplevert of zelfs negatieve consequenties heeft, waardoor de motivatie verslapt.

Programma's

Uitgaande van de principes in het model zijn, in samenwerking met de Commissie Deskundigheidsbevordering van het NHG, programma's ontwikkeld rond de NHG-standaarden Diabetes Mellitus type II, Orale Anticonceptie, Enkeldistorsie, De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn, en voor het gebruik van standaarden in het algemeen. In de opbouw van de programma's is het beschreven model gevolgd. Alle programma's bestaan uit een reeks modules: onderdelen waaruit een begeleider een keuze kan maken. Op deze wijze kan elk programma worden afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van de betreffende doelgroep.

Als voorbeeld presenteren we hier de opzet van het programma rond de Diabetesstandaard en de beschikbare modules.

1 Oriëntatie

- *Inventarisatie diabetespatiënten. Doel:* bewustwording van de mate waarin men bekend is met de diabetespopulatie in de eigen praktijk.

- *De zin van diabetescontrole. Doel:* oriënterende discussie over relevantie van diabetesbewaking.

- *Uitkomsten van diabetescontrole. Doel:* in een korte voordracht met feitelijke gegevens over prevalentie van diabetes en complicaties wordt interesse voor het thema gewekt.

2 Inzicht

- *Referaat over standaard. Doel:* in een korte presentatie wordt de belangrijkste informatie en richtlijnen uit de NHG-standaard overdragen.

- *Discussie over goede diabetescontrole.*

Doel: deelnemers formuleren richtlijnen voor goede diabetescontrole en toetsen hun opinies aan de NHG-standaard.

- *Kennistoets. Doel:* lacunes opsporen op het gebied van diabetes.

- *Vaardigheidentoetsing. Doel:* leren en toetsen van praktische vaardigheden, waaronder bloedsuikerbepaling en het onderzoek van de diabetische voet.

- *Toetsing van controle met behulp van de kaart. Doel:* aan de hand van de patiëntenkaart en een checklist toetsen in hoeverre de huisarts zijn patiënten onder controle heeft (bloedsuiker, ogen, gewicht, bloeddruk, voeten, etc.).

- *Behandeling diabetes: casuïstiek. Doel:* met behulp van consulten op audioband en een checklist wordt de feitelijke voorlichting door de huisarts getoetst.

3 Acceptatie

- *Attitude ten aanzien van de NHG-standaard. Doel:* discussie over voor- en nadelen van standaard, bepalen van houding.

- *Ervaren problemen om te veranderen. Doel:* aan de hand van vragenlijst invoeringsproblemen inventariseren en oplossingen daarvoor zoeken.

4 Verandering

- *Planning van verandering. Doel:* via stap-voor-stap benadering huisartsen haalbare doelen voor de praktijk op laten stellen.

Onderdelen uit het programma rond de Diabetesstandaard zijn inmiddels in een aantal groepen getest. Een evaluatie van de bijeenkomsten was overwegend positief (*tabel*). In het begin, toen de standaard nog niet officieel in *Huisarts en Wetenschap* was verschenen, verliep de introductie wat

Tabel Oordeel van de deelnemers over het programma 'Diabetes Mellitus type II'. Percentages 'eens met de uitspraak' (N=120).

Waardevol voor mijn werk als huisarts	93
Sluit aan bij de praktijk van de huisarts	92
Duidelijk en begrijpelijk	92
Geeft inzicht in mijn eigen handelen	89
Leuk om deel te nemen	89
Vergroot mijn zelfvertrouwen	75

stroef: 'We hebben het al zo vaak over diabetes gehad'. Daarna was men veel enthousiaster. Als grootste probleem met de standaard kwam naar voren dat de meeste huisartsen hun diabetespopulatie niet kennen, doordat ze geen aparte markering van de kaarten hebben en daardoor de doelgroep niet uit het bestand konden selecteren. De bereidheid om op dit punt veranderingen aan te brengen, bleek tijdens de bijeenkomsten groot. Een apart spreekuur voor de diabetespatiënten wisten de meeste deelnemers af.

Het bleek dat zo'n 70 procent der huisartsen ruim voldoende scoorde op de Diabetes-kennistoets en dat ze ook het controleren van hun patiënten aan de hand van bloedsuikerbepalingen al tot gewoonte hadden gemaakt. Een systematische bewaking van complicaties kon bij toetsing van

de kaarten in de registraties niet worden teruggevonden.

Resumerend kan worden gesteld dat het bij diabetes mellitus type II om een omvangrijke standaard gaat. Daarbij past een eveneens omvangrijk programma voor deskundigheidsbevordering en onderwijs, dat bij voorkeur op een aantal bijeenkomsten aan de orde wordt gesteld.

Literatuur

- ¹ Stolline A, Weiner J. The new medical marketplace. Baltimore: John Hopkins University Press, 1988.
- ² Sanazaro P. Determining physicians performance. Evaluation and the Health Professions 1983; 2: 197-210.
- ³ Lewis A, Bolder K. General practitioners and their learning styles. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 187-9.

⁴ Sprij B, Casparie A, Grol R. Interventie methoden om een verandering in de medische praktijkvoering te bewerkstelligen; wat is effectief? Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 115-8.

⁵ Grol R, Tielens V, Mookink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid. Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. Huisarts Wet 1988; 31: 392-7.

⁶ Forrest J, McKenna M, Stanley I, et al. Continuing education: a survey among general practitioners. Fam Pract 1989; 6: 98-107.

⁷ Owen P, Allery L, Hardny K, Hays T. General practitioners' continuing medical education within and outside their practice. Br Med J 1989; 299: 238-40.

⁸ Bloemer J, Poiesz T. Nascholingsbehoeften en -wensen bij de Nederlandse huisarts. Verslag van een consumentenonderzoek. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1987.

⁹ Grol R. Deskundigheidsbevordering van huisartsen. Med Contact 1988; 43: 395-9. ■

STRUIKELBLOK

Watte...?

Juist sta ik op maandagmorgen over de microscoop gebogen, als ik de assistente met nadruk aan de telefoon hoor zeggen: 'Met watte...?'

Pas na het spreekuur hoor ik de afloop van het telefoongesprek. Het 'watte' blijkt geen slordig uitgesproken vragend voor-naamwoord te zijn geweest, maar had betrekking op een gerecht dat de 6-jarige Bennie in het weekend had genuttigd. Op aanraden nog wel van de dienstdoende arts, collega Hans uit de waarnemingsgroep.

Op zondagmiddag had Bennie een kopspijkertje van zijn hamertje-tik-spel ingeslikt. De verontruste ouders vroegen om advies, waarop dokter Hans had aangera-

den het kind ontbijtkoek te geven belegd met... watten. De wattenmassa zou zich als een cocon om het scherpe spijkertje winden, was de uitleg die er nog bij werd gegeven, dus de ouders hadden het beslist niet verkeerd verstaan. De watten en het akelige spijkertje zouden uiteindelijk als een zacht onschadelijk bolletje weer tevoorschijn komen. En aangezien de kleine Bennie nog steeds niet had gepoept, vroegen de ouders nu aan de eigen huisarts om advies. Moesten ze meer koek geven, meer watten of beide?

'De dokter belt u terug', had de assistente maar gezegd. (Wat ik ook doe; advies: 'de koek is goed, stop de watten'.)

Een week later is er farmacotherapeutisch

overleg met de waarneemgroep. We bespreken de orale toediening van watten.

De farmacognosie van het middel is gebrekkig: zijn de watten van katoen, nylon of misschien wel PVC? Over de therapeutische dosering is geen zekerheid te krijgen. Referenties ontbreken. De opmerking 'dat ze dat in Delft zo deden', wordt niet steekhoudend gevonden. We wonen trouwens niet in Delft. In onze waarneemgroep is het voorschrijfpatroon van dit middel dan ook 'zeer incidenteel'. De rubrieksindeling is ook niet duidelijk. Is hier sprake van een verbandmiddel, een geneesmiddel of een placebo?

Uiteindelijke besluiten we het recept niet in ons formulier op te nemen. Zelfs Hans is het er mee eens.