

## Van standaard naar beleid

### FERDINAND SCHREUDER

**Op 7 april 1990 hield de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen een symposium over het standaardbeleid van het NHG. Vier sprekers waren uitgenodigd een korte inleiding te houden en vervolgens van gedachten te wisselen met de zaal – die op deze stralende zaterdagmiddag helaas slecht was gevuld – en met de andere sprekers. Dat waren Dr. D. Post, ex-huisarts, maar meer bekend als medisch adviseur en innovator bij het regionaal ziekenfonds Zwolle, D. Willems, filosoof, maar vooral huisarts te Huizen, Dr. K. Hertogh, medisch filosoof aan de VU en verpleeghuisarts te Haarlem, en H. van der Voort, directeur van het NHG.**

Ferdinand Schreuder, huisarts te Delft.

Het NHG standaardbeleid heeft een glorieuze start gemaakt en wordt van vele kanten toegejuicht: veel huisartsen bleken behoefte te hebben aan een houvast in de dagelijkse praktijk met al zijn twijfels en onzekerheden. De overheid zag opeens vanuit 'het veld' haar wat in het slop geraakte kwaliteitsbeleid een nieuwe *Schwung* krijgen. De ziektenkostenverzekeraars, naarstig op zoek naar kwaliteitscriteria om 'goed medewerkschap' aan af te meten, zien hoopvol (toetsings)criteria ontstaan en zien substitutiebevorderende elementen in de standaarden. Het NHG is weer een bloeiende vereniging geworden en krijgt van WVC grote sommen subsidie om zijn standaardbeleid door te zetten. De LHV tenslotte ziet haar onderhandelingspositie ten opzichte van overheid en financiers versterkt door het opgepoetste imago van de huisarts.

De IPH zou de IPH niet zijn als zij niet wat wantrouwig werd bij zoveel overeenstemming en goedkeuring en organiseerde daarom een symposium om te onderzoeken of er geen onbedoelde negatieve effecten vastzitten aan het ook door haar positief gewaardeerde standaardbeleid. Daarnaast wilde de IPH de aandacht richten op de voorwaarden voor realisatie en op de praktische belemmeringen in de spreekkamer bij uitvoering.

### Post

Post begon zijn inleiding met een schets van de grote veranderingen, die de ziekenfondsen in de naaste toekomst te wachten staan: normuitkeringsstelsel, opheffing van de regionale beperkingen (d.w.z. concurrentie tussen ziekenfondsen) en opheffing van de contracteerplicht. De overeenkomsten tussen verzekeraars en aanbieders zullen daardoor van toenemend belang zijn en de inhoud ervan zal veel meer aandacht gaan krijgen. De overeenkomsten zullen namelijk het belangrijkste beheersinstrument voor de ziektekostenverzekeraars – althans voor de ziekenfondsen worden – om de kosten binnen de budgetgrenzen te houden. In deze contracten zullen de standaarden te zijner tijd worden opgenomen als toetssteen; dit natuurlijk niet absoluut, in de zin, dat patiënten opgeroepen worden om na te gaan of de huisarts wel volgens de standaard gehandeld heeft, maar meer globaal, in combinatie met de 'produktiecijfers' (= aantallen verwijzingen naar tweede lijn of naar fysiotherapeut, kosten receptuur, etc.).

Vervolgens toonde Post nog met cijfermateriaal hoe variabel het handelen van artsen wel is: verwijs- en opnamecijfers per gestandaardiseerde praktijk blijken zowel in de stad als op het platteland met een factor 2 à 2,5 te kunnen variëren, evenzo met de geneesmiddelenkosten en fysiotherapiekosten. De tweede lijn toonde

wat dit betreft nog veel grotere verschillen: de ene KNO-arts heeft 4,2 maal meer opnamen en/of 6,4 maal zoveel poliklinische verrichtingen als de andere. In het ene ziekenhuis blijken (gestandaardiseerd) meer dan acht maal zoveel hysterectomieën plaats te vinden als in het andere. Ook het aantal hartcatheterisaties verschilt enorm tussen de ene en de andere cardioloog.

Wetenschappelijk onvoldoende gemotiveerde variaties in beleid vormen waarschijnlijk niet een specifiek huisartsenprobleem. Wél valt op dat huisartsen veel meer bereid zijn daarvoor bij zichzelf te rade te gaan dan specialisten.

### Willems

Willems begon zijn inleiding met een lofzang op het standaardbeleid en de uitvoering daarvan: het 'blauwe klappertje' is een handig instrument in zijn dagelijkse praktijkvoering, de standaarden zijn een goed uitgangspunt bij besprekingen met collega's en voor de buitenwacht maken de huisartsen hiermee een goede beurt. Omdat hij daarvoor was ingehuurd, uitte hij echter ook wat kritiek op en twijfels over het standaardbeleid.

Hoe genuanceerd de wetenschappelijke verantwoording en hoe weloverwogen het bijbehorende H&W-artikel ook zijn, toch functioneert het standaardbeleid via de kaartjes uit het blauwe klappertje. Door de beknoptheid daarvan verdwijnen de vele onzekerheden waarop de richtlijnen gebaseerd zijn, uit het zicht. Bovendien zijn er door deze simplificatie vele situaties die buiten de standaard vallen: wat doe je bijvoorbeeld met de diabetes-II-patiënt die niet kan afvallen of die diabetogene medicatie nodig heeft? Vaak is de dagelijkse praktijk wat ingewikkelder dan het kaartje, zodat je vaak het idee hebt dat bij jouw patiënt deze standaard nu net niet toegepast kan worden. Soms is een standaard juist wat te ruim geformuleerd, waardoor het houvast weer wegvalt, zoals bij de standaard over spontane abortus, waarbij je 'op grond van eventuele emotionele factoren' toch een echo mag laten maken. Het standaardbeleid zal misschien ook veranderingen in de werkwijze van huisartsen te weeg brengen, waarvan niet duidelijk is of zij wenselijk zijn of niet (bijvoorbeeld een diabetesprekeuur).

Minder concreet maar mogelijk wel zo belangrijk is het door Willems verwoorde gevoel dat zijn werkwijze beïnvloed kan worden door het standaardbeleid: het NHG kijkt als het ware over zijn schouder mee en daarmee wordt het verloop van een consult niet meer uitsluitend door dokter en patiënt bepaald, maar is er een 'derde partij'.

Twijfels had Willems over de functie van standaarden in tuchtzaken of bij schadeclaims. Standaarden zouden daarbij kunnen dienen als steun

voor de arts, maar als deze afgeweken heeft van een standaard (vaak niet zo helder te motiveren), zou de standaard zich juist tegen de arts kunnen keren. In de discussie kwam later naar voren dat de tuchtrechter uitgaat van 'wat bij de beroepsgroep gebruikelijk is' en dat standaarden, wat dat betreft, geen andere status hebben dan een willekeurig ander artikel in *Huisarts en Wetenschap*.

### Hertogh

Ook Hertogh begint met vooraf zijn kritiek op het standaardenbeleid te relativiseren en zegt in zijn verpleeghuiswerk veel baat te hebben bij protocollen die daar gemaakt zijn. Als huisarts zou hij waarschijnlijk positief staan tegenover het standaardenbeleid.

Hertogh plaatst de ontwikkeling van het standaardenbeleid in het perspectief van een algemene tendens in de geneeskunde: het streven naar rationalisering. Hij noemt daarbij de impact die Wulfs boek ('Rational diagnosis and treatment') eind 70-er jaren heeft gehad, de opkomst van de klinische beslistkunde en de activiteiten van het CBO. De rationaliteit van het standaardenbeleid is vooral een technologische rationaliteit, strevend naar doelgericht handelen. Standaarden houden zich dan ook voornamelijk bezig met medisch goed omschreven problemen, die echter slechts een minderheid van het werk van de huisarts beslaan. Het grote aantal onzekerheden, existentieel en wetenschappelijk, waarmee de huisarts dagelijks om moet gaan, wordt onvoldoende meegewogen in het standaardenbeleid. De grote diversiteit in het medisch handelen, die mogelijk op die onzekerheden gebaseerd is, wordt ten onrechte misprijzend als berustend op vrijblijvendheid geduid.

Een ander aspect van het standaardenbeleid wordt zichtbaar als je de meer psychologische, onbewuste betekenis van het woord standaard beschouwt: de standaard als vaandel, als banier dat eenheid en verbondenheid sticht.

De huisartsgeneeskunde bevindt zich, pessimistisch beschouwd, in een permanente identiteitscrisis. Steeds meer deelgebieden zijn de afgelopen decennia aan specialisten overgelaten en de lekenopvatting dat je voor kleine kwaaltjes misschien bij de huisarts terecht kan, maar dat je als je iets 'echts' hebt naar de specialist moet, lijkt wel enig hout te snijden. Wat optimistischer zou je kunnen zeggen, dat de permanente bezinning van de huisarts op zijn rol heeft geleid tot een identiteit die is gebaseerd op persoonsgerichte benadering, integrale zorg, holisme en het buffer-zijn tussen patiënt en vervreemdende tweede lijn. Toch lijkt ook deze identiteit niet helemaal te voldoen: het specifieke van de huisarts is lang niet altijd duidelijk aan de collegae en

de patiënt. Ook ziektekostenverzekeraars eisen meer helderheid over de taak van de huisarts.

De standaarden worden daarom door de huisartsen mogelijk vooral als 'banier' zo warm omhaald. Er is weer duidelijkheid tegenover elkaar, de patiënt en de specialist. De standaarden zijn een antwoord op vragen van beleidsmakers om meer uniformering van en controle op het huisartsgeneeskundig handelen. De beperking in blikveld die het standaardenbeleid de huisarts dreigt op te leggen legt de beroepsgroep zichzelf op in haar gretigheid de overheid en financiers voor te zijn in het formuleren van toetsingscriteria.

### Van der Voort

Van der Voort schetste vanuit zijn vroegere betrokkenheid bij de huisartsenopleiding hoe uiteenlopend de aanpak van een medisch probleem in een opleidingsgroep kon zijn en hoe vergoelijkend de huisartsen-in-opleiding daar dan over praatten, terwijl na enige discussie vaak toch goede, minder goede en slechte werkwijzen bleken te bestaan.

Toch worden de standaarden nu in brede kring gewaardeerd: 85 procent van de huisartsen kent de standaarden en 70 procent vindt het NHG het juiste instituut om deze te maken. Een toenemend aantal huisartsen (nu 61 procent) vindt echter dat werken volgens de standaarden niet verplicht mag worden gesteld.

Wat betreft de toekomst zal het NHG zich blijven richten op het ontwikkelen van standaarden en op de inhoudelijke ontwikkeling van deskundigheidsbevordering. De standaarden heten dan ook nadrukkelijk *NHG*-standaarden. De LHV zal deze standaarden al dan niet overnemen en ze als LHV-standaarden inbrengen in het overleg met de ziektekostenverzekeraars over de overeenkomsten (en zich daarnaast ook op de organisatie van de deskundigheidsbevordering richten). De opleidingsinstituten zullen, als er zo'n 25-30 standaarden zijn, deze omvormen tot een leerboek en daar een eindtoets voor de opleiding op baseren. Zo'n eindtoets kan ook gebruikt worden als toets voor re-certificatie.

Wat dat laatste betreft moet gedacht worden aan de lange termijn (circa 15 jaar). Een te harde aanpak werkt bedreigend en is in Engeland onwerkzaam gebleken: vooral bij de huisartsen rees verzet en daarmee was het systeem onbruikbaar. De groep huisartsen die het toch nooit leren, moet gewoon uitsterven; de nascholing en toetsing moet zich vooral richten op de grote middengroep van welwillende, maar qua werkwijze te verbeteren huisartsen. Overigens hoeven de toehoorders zich volgens Van der Voort niet al te bezorgd te maken over hun re-certificatie tegen die tijd, want volgens de prognoses is er

dan zo'n groot tekort aan huisartsen, dat 'we iedere min-kukel zullen smeken of ie mee wil doen'.

Ingaand op de vorige sprekers benadrukte Van der Voort dat de standaarden niet het verloop van het hele consult bepalen, maar in feite pas laat in het consult van toepassing worden. Pas als de hulpvraag duidelijk is en het probleem verhelderd, komt de fase waarin volgens de standaard gewerkt kan worden. De persoonsgerichte benadering kan dus in het eerste deel van het consult tot zijn recht komen. Overigens is ook daarbij een wetenschappelijk onderbouwde, te verantwoorden aanpak geboden.

Wat betreft het verloren gaan van de fijne nuances bij de productie van een standaard verdedigde Van der Voort de zeer zorgvuldige procedure waarmee standaarden ontworpen worden (onder meer in vergelijking met de consensusvorming in de tweede lijn). Verder stelde hij dat een verantwoording met schoonheidsfoutjes toch altijd veel beter is dan helemaal geen verantwoording. Dit relativeerde hij weer met de stelling dat de Nederlandse gezondheidszorg ook zonder standaarden prima functioneert in vergelijking met het buitenland. De constructie van huisarts als scheidslijn tussen patiënt en tweede lijn werkt kennelijk goed, 'ook al is de huisarts misschien niets meer dan een soort semipermeabele membraan'.

### Discussie

De discussie na afloop van de inleidingen behelst de vragen als: zijn er ook zinvolle standaarden te maken voor minder goed omschreven problemen zoals moeheid en spanningsklachten; blijft er nog voldoende aandacht over voor gesprekstechnische vaardigheden, zoals omgaan met angstige patiënten of met patiënten die 'ten onrechte' verwijzing eisen? Ook kwamen tweedelijns aspecten aan bod: hoe in CBO-overleg de huisarts steeds overspeeld werd en hoe er vanaf nu gestreefd gaat worden naar goede aansluiting tussen consensus en standaard (bijvoorbeeld otitis media en hypertensie), en hoe de standaard Diabetes Mellitus type II kan functioneren in werkspraken met de internisten.

Over substitutie – al dan niet door het standaardenbeleid bereikt – had Post nog een opvallende visie: specialisten willen hun dag (en hun portemonnee?) vullen en gaan dus, als de huisartsen minder verwijzen, per patiënt meer verichtingen uitvoeren. In een computer-simulatiemodel kwam naar voren dat bij 10 procent *minder* verwijzingen de tweedelijns zorg zelfs 5 procent *duurder* zou worden. Specialist in loondienst zouden de gezondheidszorg volgens Post overigens niet goedkoper maken, inkrimping van de tweede lijn wel. ■