

Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II?

G.P.J.M. KONINGS
G.E.H.M. RUTTEN
D. WIJKEL

Konings GPJM, Rutten GEHM, Wijkel D. Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995; 38(13): 602-7.

Samenvatting Er is nog onvoldoende bekend over de redenen waarom huisartsen moeite hebben de richtlijnen uit de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II te volgen. Hierover en over wat zij zelf als mogelijke oplossingen zien voor de door hen ervaren problemen zijn 73 huisartsen ondervraagd. Aanvullend werd hen op basis van in totaal 466 feitelijke patiëntencasussen gevraagd waarom sommige richtlijnen niet waren gevolgd. De belangrijkste reden daarvoor was de afweging dat toepassing van deze richtlijn voor een specifieke patiënt niet zinvol was, naast de non-compliance van patiënten. Vooral met de richtlijnen over therapie en praktijkorganisatie waren de huisartsen het vaak niet eens. Meest genoemd als verbetering werden een sluitender registratie en bewaking van het zorgproces in de huisartspraktijk.

Onderzoekscentrum 1e-2e Lijn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam. G.P.J.M. Konings, arts-onderzoeker; Dr. D. Wijkel, medisch socioloog.
Dr. G.E.H.M. Rutten, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap.
Correspondentie: G.P.J.M. Konings.

Inleiding

De NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II wordt in de praktijk niet altijd gevolgd.^{1,2} Voor een gerichte implementatie is inzicht nodig in de redenen waarom men richtlijnen niet volgt. De meeste Nederlandse huisartsen lijken het met de richtlijnen in de diabetesstandaard wel eens te zijn, al geldt dat niet voor alle richtlijnen even sterk.^{1,3}

Praktische problemen bij het werken met protocollen zijn tot nu toe alleen geïnventariseerd met betrekking tot de diabeteszorg als geheel. Ruim 450 Nederlandse huisartsen noemden als hoofdobstakels voor het toepassen van de diabetesstandaard: de noodzaak tot een actieve benadering, verschillen tussen patiënten, hardnekkige routines en het ontbreken van een financiële vergoeding.³ Als belangrijkste barrières in de diabeteszorg ervoeren bijna 400 Londense huisartsen tijdgebrek, ontbreken van een oproepsysteem en onvoldoende eigen vaardigheid.⁴

Er blijken echter grote verschillen te zijn in de mate waarin de afzonderlijke richtlijnen uit de standaard worden toegepast.² Het lijkt daarom zinvol de bezwaren die huisartsen ervan weerhouden de standaard toe te passen, *per richtlijn* op te sporen. Daarbij kan de volgende indeling worden gehanteerd:

- belemmeringen bij de huisarts zelf;
- belemmeringen vanuit de omgeving van de huisarts (patiënten, collega's, praktijkpersoneel);
- problemen met de praktische voorwaarden (bijvoorbeeld tijd, financiën en praktijkorganisatie).⁵

Naar verwachting kunnen de patiëntgebonden factoren het meest valide worden opgespoord door er bij concrete casussen naar te vragen.

In dit artikel komen de volgende vragen aan de orde:

- Welke bezwaren en problemen noemen huisartsen als oorzaak voor het niet (routinematig) volgen van afzonderlijke richtlijnen uit de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II?
- Welke mogelijke oplossingen noemen zij hiervoor?

- Welke casusgebonden redenen noemen zij voor het niet-volgen van de richtlijnen bij hun eigen patiënten?

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 73 huisartsen uit Noord-Holland, Gelderland en Noord-Brabant.² De eerste auteur nam deze huisartsen in de periode april 1992 tot september 1993 een semi-gestructureerd interview af, waarin met betrekking tot dertig richtlijnen uit de standaard werd gevraagd welke bezwaren of problemen (mede) oorzaak waren van een eventueel niet-volgen van die richtlijn. Bij problemen werd geïnformeerd welke oplossingen de huisarts daarvoor zag. Met betrekking tot een vijftal mogelijke maatregelen werd gericht gevraagd naar de mening van de huisarts: voor controle oproepen van patiënten, zelfcontrole van bloedglucose door patiënten, funduscopie door de huisarts, een aparte vergoeding voor werken volgens de standaard, en aanpassen van de standaard. De uitspraken van huisartsen werden woordelijk genoteerd en na afsluiting van de materiaalverzameling gecategoriseerd volgens de bovengenoemde indeling.⁵

De huisartsen inventariseerden zelf alle bekende diabetesen in hun praktijk. Vervolgens werd deze lijst bij 60 huisartsen select gereduceerd tot maximaal 30 patiënten. Patiënten die minder dan drie maanden bekend waren met diabetes type II of bij wie een internist (langdurig) verantwoordelijk was voor de diabeteszorg, werden uitgesloten. Op de kaarten van deze patiënten werd nagegaan in hoeverre de standaard in de voorafgaande twee jaar was gevolgd ten aanzien van diagnosestelling, medicatie, dieet, overgewicht en een zevental controleverrichtingen.² Daarna werden per huisarts de te bespreken casussen geselecteerd uit het kwartiel met het op één na laagste aantal criteria waaraan volgens de kaart was voldaan.

De casusbesprekingen werden telkens zo snel mogelijk na het algemene interview gehouden door dezelfde onderzoeker. De huisarts werd gevraagd naar de redenen voor de gevonden afwijkingen

van de richtlijnen uit de standaard. De antwoorden werden woordelijk genoteerd en later op dezelfde wijze ingedeeld als bij de interviews.

Resultaten

In totaal werden 466 casussen besproken, gemiddeld 6,4 per huisarts (1-10, SD 1,9). De gemiddelde leeftijd van de besproken patiënten was 69,0 jaar (SD 10,6) en de man/vrouw-verhouding was 1:1,6. Over de behandeling gaf 3 procent van de kaarten geen uitsluitsel; 70 procent van de patiënten kreeg orale bloedglucoseverlagende middelen, 7 procent insuline en 20 procent had alleen dieet.

Bij 4 procent van de casussen bleken veronderstelde afwijkingen van de richtlijnen te berusten op door de onderzoekers niet of onjuist geregistreerde notities. Bij 3 procent zei de huisarts dat uitslagen van diverse verrichtingen of hele consulten niet waren genoteerd. Daarnaast bleken ook afzonderlijke verrichtingen of verwijzingen niet opgeschreven: dit betrof maximaal 1 procent van de casussen waarbij de richtlijn volgens de kaart niet was gevolgd, behalve bij controle van bloedglucose (9 procent) en fundus oculi (2 procent).

Bezwaren en problemen

Het aantal huisartsen dat een bepaalde richtlijn niet routinematig zei te volgen, varieerde van 5 tot 70 (tabel 1). Driemaandelijke controles van bloedglucose en gewicht werden vooral niet gedaan bij patiënten met respectievelijk goede bloedglucosewaarden en normaal gewicht, en bij patiënten zonder klachten. Daarnaast achtten telkens enkele huisartsen de betreffende richtlijn niet zinvol.

Het (eerder) ontbreken van afwijkingen bij patiënten en afwijzing van de richtlijn waren de belangrijkste redenen om jaarlijkse controles van bloeddruk, kreatinine en voeten achterwege te laten. Probleematisch bleek ook het inpassen van de vier jaarlijkse controleverrichtingen in de praktijkroutine, het sterkst bij de eiwitbepaling (door 19 huisartsen genoemd); vaak werd gezegd dat de aandacht voor

eiwit verslapt was sinds de afschaffing van de routinematige urineglucosebepaling; soms vond deze bepaling alleen nog plaats als de patiënt spontaan urine meebracht. Tijdsdruk werd vooral bij voetinspectie veel genoemd als probleem (negen keer).

Van de acht huisartsen die niet routinematig naar de oogarts verwezen, zeiden vijf dit alleen bij oogklachten te doen. Vergeten te verwijzen en onvoldoende beschikbaarheid van oogartsen werden elk drie keer als probleem genoemd.

Ook de huisartsen die zeiden een richtlijn wel te volgen, gaven aan hierbij problemen te ervaren: ten aanzien van bloedglucosecontrole was dit vooral de gebrekkige opkomsttrouw van de patiënten; bij funduscopie door de oogarts waren dit het (moeten) overlaten van de controlefrequentie aan de oogarts, de wachttijd bij de oogartsen en het niet willen of kunnen controleren of de patiënten de oogarts ook werkelijk bezochten. Dit laatste werd

mede veroorzaakt door de onvoldoende geachte berichtgeving door de oogartsen.

De aanbeveling om naar een diëtist te verwijzen, werd vooral niet gevolgd als de huisarts de voeding en/of het gewicht van de patiënt goed vond. Andere belangrijke redenen waren, in afnemende frequentie: kosten voor de patiënt, verwijzing niet zinvol, en onvoldoende beschikbaarheid diëtist. Het belangrijkste bezwaar tegen de bloedglucosestreefwaarden was dat deze niet haalbaar zouden zijn (volgens acht huisartsen). Vijf keer was men het niet eens met de streefwaarden. Door 41 huisartsen werd geen reden genoemd voor het hanteren van afwijkende streefwaarden. Tegen het uitstellen van het beginnen met bloedglucoseverlagende medicatie tot zes maanden na de diagnosestelling werden de volgende bezwaren genoemd (in volgorde van frequentie): termijn te lang, eerder beginnen bij patiënten met klachten en bij patiënten zonder overgewicht, en wens patiënt.

Tegen het nuchter bloedglucose bepalen werden als bezwaren vooral genoemd dat patiënten daarvoor te lang nuchter moeten blijven, dat het niet lukt iedereen 's morgens te prikken en dat altijd nuchter bepalen niet zinvol is. Als redenen om de assistente niet (vaker) in te schakelen bij controles werden elk twaalf keer genoemd: niet zinvol, past niet binnen praktijkorganisatie (onder meer ruimtegebrek), en onvoldoende assistentie beschikbaar. Zeven keer ontbrak het de assistente aan kennis, vaardigheid of motivatie; 33 huisartsen noemden geen oorzaak.

De helft van de huisartsen gebruikte geen diabeteskaarten en markeerde evenmin de kaarten van diabetes (tabel 1). De door 14 huisartsen genoemde bezwaren betroffen voornamelijk diabeteskaarten: men vond deze vaak niet zinvol dan wel lastig in het gebruik. Een diabetessprek- uur achtten 37 huisartsen (in hun praktijk) niet zinvol, 29 huisartsen stelden dat hun praktijkfaciliteiten of -organisatie een belemmering vormde, eveneens 29 dachten dat de patiënten er moeite mee zouden hebben (onder andere omdat andere patiënten dan zouden zien dat zij op een diabetessprek- uur kwamen of omdat ze

Tabel 1 Aantallen huisartsen die zeiden een richtlijn niet te volgen (n=73)

Richtlijn	Aantal
<i>Controle</i>	
- driemaandelijks bloedglucose meten	5
- driemaandelijks gewicht meten	25
- jaarlijks bloeddruk meten	7
- jaarlijks kreatinine bepalen	28
- jaarlijks eiwit in urine bepalen	31
- jaarlijks voeten inspecteren	50
- tweejaarlijks funduscopie	8
<i>Therapie</i>	
- elke diabetespatiënt naar diëtist	36
- streven naar bloedglucose <6,7 mmol/l nuchter of <9 mmol/l 2 uur na belasting	59
- bloedglucoseverlagende medicatie niet eerder dan 6 maanden na diagnose	70
<i>Praktijkorganisatie</i>	
- bloedglucose nuchter bepalen	27
- assistente inschakelen bij controles*	70
- markering diabetes of aparte kaarten	36
- diabetessprek- uur houden	69

* Assistentie bepaalt regelmatig bloedglucose, bloeddruk, eiwit in urine en gewicht.

dan aan bepaalde spreekuurtijden zouden vastzitten). Daarnaast kwamen ook tegenzin van de huisarts (25 keer), te weinig diabetes (17 keer) en te weinig assistentie (13 keer) als bezwaren naar voren.

Oplossingen

De oplossing die bij de controlerichtlijnen spontaan het meest genoemd werd, was uitbreiding van de geautomatiseerde registratie en opkomstbewaking (tabel 2).

De reacties op de vijf mogelijke maatregelen die aan de huisartsen werden voorgesteld, waren als volgt.

- Tegen het oproepen van patiënten had 85 procent van de deelnemers bezwaren, met als voornaamste argumenten dat het de eigen verantwoordelijkheid van de patiënten is om zich aan de afspraaktermijn te houden (39 keer genoemd) en dat de huisarts niet sluitend kan bewaken of patiënten komen (36 keer).

- Volgens 64 procent van de huisartsen deden één tot enkele van hun type-II-diabeten zelf de controle van hun bloedglucose. De helft van de huisartsen zei dat dit voor niet-insulinegebruikende diabetes maar beperkt nut heeft, en 38 procent vond dat te veel patiënten hiertoe niet in staat zijn. Eén op de zes huisartsen stelde overigens de controles in de praktijk niet te verminderen, ook niet als de zelfcontrole goed ging. Het begeleiden van zelfcontrole bij type-II-diabetes beschouwde 19 procent van de onderzoeksgroep niet als een taak voor de huisarts.

- Twee huisartsen zeiden zelf controlefunduscopieën te doen en te kunnen. De anderen noemden als voorwaarden hiervoor vooral bijscholing, voldoende patiënten om routine op te bouwen en een verduisterbare onderzoeksruijme. Daarnaast spraken 13 huisartsen de wens of verwachting uit te kunnen beschikken over fundusfotografie, in de eigen praktijk of elders.

- Op de vraag of een aparte vergoeding nodig is voor het werken volgens de diabetesstandaard zei 27 procent ja en 58 procent nee; 5 procent wist het niet, en 10 procent ontbreekt.

- Als wensen voor een eventuele nieuwe versie van de standaard werden vooral genoemd:

- verkorten of schrappen van de termijn van zes maanden alvorens te beginnen met bloedglucoseverlagende medicatie (genoemd door 23 procent);
- beter haalbare of leeftijdsgebonden streefwaarden voor de bloedglucose (genoemd door 19 procent).

Daarnaast werden door 5-8 procent van de huisartsen genoemd:

- richtlijnen over HbA_{1c} en micro-albuminurie;
- advies over wat te doen als standaardnormen niet haalbaar blijken;
- meer categorieën patiënten onderscheiden, met name naar leeftijd en gewicht;
- meer aandacht voor het totaal aan risicofactoren van een diabetes;
- meer motivering van de richtlijnen.

Casusgebonden redenen voor niet-volgen richtlijnen

In de casusbesprekingen werden per casus 0-6 (gemiddeld 2,4) ervaren problemen of gehanteerde afwegingen genoemd. Bij 9 procent van de in totaal 466 besproken casussen noemde de huisarts geen casus-specifieke redenen voor het niet-volgen van de richtlijnen.

Bloedglucose- en diabetescontroles werden meestal als synoniemen beschouwd. Bij 304 casussen hadden volgens de kaarten minder dan vier controles per jaar plaatsgevonden (tabel 3). In de helft van de gevallen waarin goede bloedglucosewaarden hiervoor de reden waren, beschouwde de huisarts de patiënt niet of nauwelijks meer als diabetes. Bij 3 procent

Tabel 2 Meest genoemde oplossingen, verbeteringen en voorwaarden, naar richtlijn*

<i>Driemaandelijks bloedglucose meten</i>	<i>Elke diabetespatiënt naar diëtist</i>
– computer (meer) gaan gebruiken	– vaker spreekuur diëtist
– patiënten ter controle oproepen	– meer samenwerking/communicatie tussen huisarts en diëtist
– medicatieverstrekking als aanknopingspunt	– voorlichting door praktijkverpleegkundige of assistente
<i>Driemaandelijks gewicht meten</i>	<i>Bloedglucose nuchter bepalen</i>
– patiënten zelf gewicht laten controleren	– spreekuurorganisatie wijzigen
<i>Jaarlijks kreatinine bepalen</i>	– via huisartsenlaboratorium laten bepalen
– (beter) invul-/waarschuwingprogramma in computer	<i>Assistente inschakelen bij controles</i>
<i>Jaarlijks eiwit in urine bepalen</i>	– aparte/meer ruimte voor assistente
– mogelijkheid voor (laten) testen op micro-albuminurie	– bijscholen van assistente
– (beter) invul-/waarschuwingprogramma in computer	– meer structuur/afspraken in praktijkorganisatie
<i>Jaarlijks voeten inspecteren</i>	<i>Markering diabetes of aparte kaarten</i>
– door assistente laten doen	– computer gebruiken
– diabeteskaart gebruiken	– diabeteskaart gebruiken
– patiënten zelf voeten laten controleren	– ruiters/stickers gebruiken
<i>Tweejaarlijks funduscopie door oogarts</i>	<i>Diabetesspreekuur houden</i>
– vaker bericht krijgen van oogarts	– alleen door/voor assistente
– huisarts maakt de afspraken bij de oogarts	– meer assistentetijd
– (beter) registreren van verwijfskaarten door de huisarts	– meer diabetes onder controle huisarts

* Minimaal door twee huisartsen genoemd; exclusief voorgestelde wijzigingen van de richtlijn; maximaal drie oplossingen vermeld per richtlijn, in volgorde van frequentie.

van deze 304 patiënten gebeurde de controle niet door middel van bloedglucose maar door het bepalen van glucosurie.

Op 434 kaarten stonden onvoldoende gewichtsnotities. De volgende casusgebonden redenen werden genoemd: negen patiënten werden niet meer gewogen, omdat ze geen of slechts een gering overgewicht hadden, en zeven patiënten werden thuis gecontroleerd en daar niet gewogen. Redenen voor het ontbreken van een jaarlijks bloeddruk-, kreatinine-, eiwit- of voetonderzoek werden slechts bij enkele casussen besproken: kreatinine en eiwit

Tabel 3 Door de huisartsen meest opgegeven casusgebonden redenen voor niet uitgevoerde driemaandelijke bloedglucosecontroles

Reden	Percentage casussen (n = 304)
<i>Huisartsafwegingen</i>	
- bloedglucose / diabetes goed	18
- specialist doet deel verrichtingen*	2
<i>Praktijkorganisatie</i>	
- te kort schieten praktijkorganisatie	5
- lacune na overdracht van de patiënt door internist of andere huisarts	4
<i>Patiëntfactoren</i>	
- gebrekkige opkomstrouw	24
- zelfcontrole van bloedglucose	7
- verblijf buiten woonplaats of opname	4

* in het kader van de behandeling van comorbiditeit

Tabel 4 Door de huisartsen genoemde niet-richtlijnspecifieke problemen van de kant van individuele patiënten

Probleem	Percentage casussen (n = 466)
<i>Houding patiënt</i>	
- slechte attitude patiënt t.o.v. diabetes	17
- slechte compliantie patiënt	8
- patiënt afwijzend/niet gemotiveerd t.o.v. medische zorg in het algemeen	3
<i>Overige patiëntgebonden problemen</i>	
- psychosociale comorbiditeit	12
- slechte mobiliteit	3
- praktische problemen	3

waren meestal vergeten, en bloeddruk was niet gemeten wegens voorgaande goede waarden.

Bij 303 patiënten was er geen notitie uit de laatste twee jaar over oogartsbezoek; 3 procent was bewust niet verwezen, bij 2 procent was de huisarts vergeten te verwijzen, en 2 procent wilde zelf niet gaan of bleef weg bij de oogarts.

Bij 24 casussen zei de huisarts te hoge bloedglucosewaarden te accepteren, bijvoorbeeld wegens hoge leeftijd van de patiënt of gevaar voor hypoglykemie. Daarnaast was prednisongebruik bij 6 patiënten een complicerende factor bij het bereiken van de streefwaarden. Ten aanzien van medicamenteuze therapie werden vooral de volgende problemen genoemd: 31 patiënten vertoonden volgens de huisarts slechte medicatietrouw, 30 weigerden (verhoging van) medicatie (bij 24 ging het om het weigeren van insuline), bij 9 waren er (dreigende) bijwerkingen.

Door de notities op de kaart aan te vullen met informatie uit de casusbesprekingen kon voor 398 casussen worden bepaald of de huisarts overgewicht aanwezig achtte. Volgens de huisartsen hadden 265 patiënten (67 procent) overgewicht. De huisartsen noemden hierbij de dieet-ontrouw als belangrijkste probleem (bij 34 procent). Bij 22 procent accepteerde de huisarts het overgewicht of berustte hij erin.

Er werden 50 diabetesen besproken bij wie de diagnose in de laatste twee jaar was gesteld; 34 van hen kregen binnen 6 maanden bloedglucose-verlagende medicatie. De bij 16 patiënten meest genoemde redenen hiervoor waren: hoge (aanvangs)glucosewaarden (8 keer) en gewicht goed/gedaald (5 keer).

De houding van de patiënt werd door de huisartsen bij 26 procent van de casussen als negatief beschreven (tabel 4). Hieronder vallen uitspraken als slecht ziekte-inzicht, andere problemen belangrijker vinden en zichzelf niet als diabeet beschouwen. De door de huisarts als belemmerend ervaren psychosociale comorbiditeit van patiënten bestond voor 20 procent uit alcoholproblemen en voor 15 procent uit dementie; 27 procent was ongespecifi-

ceerd. De praktische problemen van de patiënten waren vooral belemmerende werkomstandigheden en gebrek aan vervoer (tabel 4).

Beschouwing

De door de huisartsen genoemde bezwaren, problemen en casusgebonden redenen voor het niet-volgen van richtlijnen uit de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II zijn merendeels spontane meldingen, die achteraf zijn ingedeeld in categorieën. Per niet-gevolgde richtlijn kon men meer dan één oorzaak noemen en niet altijd kon naar oorzaken worden doorgevraagd. Een exacte, absolute kwantificering van de oorzaken per afwijking van de richtlijnen is daardoor niet mogelijk, wél de beoogde indeling naar het relatieve belang ervan.

Voor de casusbesprekingen zijn patiënten geselecteerd van wie de kaart wees op relatief veel ervaren belemmeringen. De aldus verkregen selectie wijkt nochtans naar gemiddelde leeftijd, geslacht en de verhouding orale medicatie/alleen dieet niet af van elders onderzochte type-II-diabetes.^{6,7} Zoals bekend worden vooral niet-afwijkende uitslagen vaak niet op de kaart genoteerd. Anderzijds zal een afwijkende uitslag eerder aanleiding zijn tot het herhalen van de verrichting. Het is daarom waarschijnlijk dat de besproken casussen ten dele een selectie vormen van patiënten met weinig afwijkende uitslagen. Dit kan leiden tot een relatief vaak voorkomen van de huisarts-overweging 'de waarden zijn steeds goed, dus de patiënt kan minder vaak gecontroleerd worden'. Tegen deze mogelijke vertekening pleit echter dat de huisartsen het niet-genoteerd zijn van verrichtingen slechts weinig noemden als oorzaak van op de kaart gevonden afwijkingen van de criteria. Wij denken daarom een redelijk betrouwbaar beeld te hebben gekregen van de verhoudingen tussen de oorzaken.

Huisartsfactoren

Huisartsfactoren blijken een belangrijke oorzaak voor het niet-volgen van richtlijnen. Routinematige controles van bloedglucose, gewicht, bloeddruk, kreatinine,

voeten en ogen dalen vooral in frequentie als de huisarts de betreffende parameter of de hele gezondheidstoestand van de patiënt als acceptabel beoordeelt. In de NHG-standaarden wordt expliciet gesteld dat omstandigheden, inspraak en verantwoordelijkheid van de patiënt van invloed zijn op het beleid.⁸ Dat de huisarts op casusgebonden overwegingen afgaat, is dus in principe conform de standaard.

Voor voet- en oogonderzoek betekent dit echter niet dat de patiënt eerst klachten moet melden. Gelukkig gaat het in dit onderzoek wat de ogen betreft maar om enkele huisartsen. Bekend is immers dat retinopathie al ernstige vormen kan aannemen vóórdat visusklachten optreden.⁹ Voor wat de voeten betreft, ligt hier een veel ernstiger probleem. Nog steeds is op populatieniveau het aantal amputaties bij type-II-diabeten hoog. Hoewel iedere huisarts slechts enkele patiënten met (potentiële) voetproblemen in de praktijk heeft, is goede preventie zonder overmatige kosten of moeite mogelijk door regelmatig adequaat voetonderzoek en tijdige verwijzing.^{10,11} Deskundigheidsbevordering zal hierop meer nadruk moeten leggen.

Regelmatige diabetescontroles, waarin ook de anamnestiche richtlijnen aan de orde komen, blijven bij alle patiënten nodig. Op basis van de bevindingen en omstandigheden kan dan per patiënt besloten worden de controlefrequentie te verminderen, zij het niet tot nul. Zelfcontrole van bloedglucose en gewicht is zo'n omstandigheid, met als voorwaarde dat zowel de huisarts als de patiënt het ermee eens zijn.

Vergelijkbaar hiermee is dat veel huisartsen niet verwijzen naar de diëtist als er volgens hen geen voedings- of gewichtsproblemen zijn. Toch is een voedingsadvies door een diëtist ook dan wenselijk.¹²

Hoewel de deelnemende huisartsen in grote lijnen dienden in te stemmen met de inhoud van de standaard, werd het oneens-zijn met een richtlijn ook regelmatig genoemd als oorzaak voor het niet-volgen ervan. Dit geldt vooral voor het jaarlijks onderzoek van kreatinine en voeten, de starttermijn voor medicatie en de vier

richtlijnen betreffende de praktijkorganisatie. Van de bloedglucosestreefwaarden werd vooral de haalbaarheid betwijfeld; slechts weinig huisartsen waren het er expliciet mee oneens, maar 80 procent hanteerde hogere streefwaarden (al dan niet voor bepaalde leeftijdsgroepen).

De bloedglucosestreefwaarden en de medicatie-starttermijn blijken een dermate beperkt draagvlak te hebben, dat moet worden betwijfeld aan de haalbaarheid van implementatie van deze richtlijnen. Ten aanzien van de richtlijnen over kreatinine, voeten en nuchtere bloedglucose zou een 'geautoriseerde' nieuwe verantwoordiging van de standaard nuttig zijn.¹³ Nader onderzoek naar de effecten van (meer) delegeren, diabeteskaarten en diabetesprekeuur op de kwaliteit van het zorgproces en op de resultaten van de zorgverlening kan deze aanbevelingen voor de praktijkorganisatie ondersteunen.

De derde huisartsfactor is het vergeten van verrichtingen en aanvragen, vooral bij onderzoek van proteïnurie, kreatinine en voeten: de voorgenomen verrichtingen zijn geen routine en schieten erbij in. De door de huisartsen zelf genoemde oplossingen hiervoor behelzen vooral een betere registratie van verrichtingen, uitslagen en (geplande) controles, met name door meer gebruik te maken van automatisering. Hiermee zou de kans op het vergeten van verrichtingen afnemen en zou er bovendien meer zicht komen op patiënten die zich aan controle onttrekken (hetgeen als een voorwaarde voor een eventueel oproepsysteem werd genoemd). Daarnaast is een sluitende registratie nodig om te kunnen besluiten de controlefrequentie voor een patiënt te wijzigen. Bewaking van de controles en eventueel herinneren van huisarts en patiënt zou mogelijk centraal kunnen gebeuren, bijvoorbeeld door een regionale instantie.

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren als reden voor het op praktijkniveau niet (kunnen) toepassen van een richtlijn noemden de huisartsen weinig. Alleen het ongemak voor patiënten van nuchter bloedglucose-prikken en

een diabetesprekeuur, en de kosten voor de patiënten van diëtistenbezoek kwamen regelmatig naar voren. Nagegaan zou moeten worden hoe ernstig deze bezwaren in de optiek van de patiënten zelf zijn.

Op casusniveau bleken de opkomst-, dieet- en medicatietrouw van de patiënten omvangrijke belemmeringen. Een lagere frequentie van de bloedglucosecontrole was vaker het 'initiatief' van de patiënt dan van de huisarts. De huisartsen hadden verder de indruk dat bij een kwart van de patiënten (ook) de algemene houding niet optimaal was. Welke rol de huisarts kan spelen bij de bestrijding van deze complianceproblemen, kan niet gezegd worden zonder kennis van de beweegredenen van de patiënten, die een groot aandeel hebben in de uiteindelijke vorm van de diabeteszorg.

Praktische bezwaren

Praktische bezwaren speelden een belangrijke rol als reden om niet routinematig nuchtere bloedglucoses te bepalen, geen diabetesprekeuur te houden en niet meer taken aan de assistente te delegeren. Diverse huisartsen achtten zich belemmerd door te weinig assistentie of het ontbreken van een aparte ruimte voor de assistente. Een kwart vond een aparte vergoeding nodig om volledig volgens de diabetesstandaard te kunnen werken (bij meer werk voor de huisarts hoort meer geld). Het zou interessant zijn na te gaan welke huisartsen deze belemmeringen niet ervaren. Hetzelfde geldt voor huisartsen die bovengenoemde activiteiten (plus de tijdrovend genoemde voetinspectie) wel in hun praktijkorganisatie kunnen inpassen. De omvang van de door de huisarts gecontroleerde diabetenpopulatie zal vermoedelijk één van de bepalende factoren zijn.

Slot

Zoals te verwachten was, liggen de oorzaken voor het niet-volgen van de richtlijnen zowel op het niveau van de huisarts als op het niveau van de praktijkorganisatie, en daarnaast ook op meer 'extern' gebied. In de deskundigheidsbevorderingspakketten die het NHG bij veel standaarden uitbrengt, wordt meestal expliciet gevraagd

naar de houding van de huisarts ten opzichte van de richtlijnen en naar belemmerende factoren bij het opvolgen van de standaard. De resultaten van ons onderzoek geven richting aan dit soort vragen. Met andere woorden: huisartsen zouden zich – individueel zowel als in groepsverband – kunnen afvragen in hoeverre de in ons onderzoek naar voren komende bezwaren en problemen ook voor henzelf gelden. De volgende vraag voor iedere huisarts is dan, hoe terecht die bezwaren eigenlijk zijn en welke mogelijkheden er zijn om de problemen op te lossen. Een deel van deze oplossingen ligt misschien 'extern', een ander deel ligt ongetwijfeld bij de huisarts en de praktijkorganisatie. Wachten op een 'nieuwe' standaard betekent verlies van tijd en is ook niet nodig;¹⁴ er is wat betreft de 'oude' standaard nog genoeg zinvol werk aan de winkel

Literatuur

- 1 Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 101-4.
- 2 Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? *Huisarts Wet* 1995; 38: 10-4.
- 3 Grol R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract* 1990; 34: 2-3,5.
- 4 Chesover D, Tudor-Miles P, Hilton S. Survey and audit of diabetes care in general practice in south London. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 282-5.
- 5 Grol R, Tielens V, Mookink H, Zwaard T. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. *Huisarts Wet* 1988; 31: 392-7.
- 6 Reenders K, Rutten GEHM, De Nobel E, et al. Met de standaard als maatstaf. Diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus in 19 huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1990; 33: 379-83, 406.
- 7 Verhoeven S, Van Ballegooie E, Casparie AF. Kanttekeningen bij een standaard. De NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II vergeleken met de uitkomsten van een onderzoek onder 137 patiënten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 375-8.
- 8 Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Diabetes Mellitus Type II. *Huisarts Wet* 1989; 32: 15-8.
- 9 Hendrikse F. Consensus over diagnose, screening en behandeling van diabetische retinopathie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1706-10.
- 10 Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Herziening consensus diabetische voet. Utrecht: CBO, 1991.
- 11 Bakker K, Dooren J. Een gespecialiseerde voetenpolikliniek voor diabetespatiënten vermindert het aantal amputaties en is kostenbesparend. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 565-9.
- 12 Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Voedingsadvies bij diabetes mellitus. Utrecht: CBO, 1993.
- 13 Rutten GEHM, Cromme PVM, Zuidweg J, Mulder Dzn JD. Huisarts en diabetes type II. Een verantwoording voor de NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1989; 32: 7-13.
- 14 Rutten GEHM. NHG-standaard diabetes type II: actualiseren of niet? *Huisarts Wet* 1994; 37: 153-9.