

Tussen gouden standaard en gouden kalf

NHG-standaarden 1

Het commentaar van *Van Duijn & Meyboom-de Jong* over de status van de NHG-standaarden¹ prikkelde mij tot het schrijven van een reactie in het licht van de evaluatie van de toepassing van NHG-standaarden, vooral van chronische ziekten.

1 De NHG-standaarden beschrijven naar huidige inzichten optimale huisartsgeneeskundige zorg. In die zin zijn de standaarden beschrijvingen van het proces van zorg, veelal aangevuld met criteria waaraan de korte-termijn uitkomsten van die zorg door de huisarts kunnen worden afgemeten. De opstellers van de standaarden, met name ten aanzien van chronische ziekten, gaan ervan uit dat het verlenen van zorg volgens deze richtlijnen leidt tot gunstige korte-termijn uitkomsten, en dat gunstige korte-termijn uitkomsten samenhangen met positieve lange-termijn uitkomsten. Deze aannames zijn veelal impliciet, en vaker door consensus dan door empirisch onderzoek onderbouwd. Er is dus bij de NHG-standaarden een duidelijke relatie tussen het proces en de uitkomst van de zorg.

Indien de toepassing van standaarden in hoofdzaak afgemeten zou worden aan de uitkomsten van de zorg, zoals de auteurs het meest gepast achten, zou aan een belangrijk aspect als het proces van zorg voorbij gegaan worden. Omdat de relatie tussen proces en uitkomst van zorg nogal eens hypothetisch is, dient evaluatie-onderzoek van de toepassing van NHG-standaarden aan beide aspecten aandacht te besteden in hun onderlinge samenhang. Alleen dan kunnen conclusies getrokken worden omtrent effecten van toepassing. Bij het ontbreken van effecten moet immers inzicht bestaan in de mate waarin de NHG-standaard is toegepast, en bij het wél optreden van effecten moeten deze toegeschreven kunnen worden aan toepassing van de standaard.

2 Tegen het gebruik van NHG-standaarden als extern criterium voor de meting van kwaliteit van zorg bestaat volgens mij geen bezwaar, mits de standaard niet als gouden standaard gebruikt wordt en mits discrepanties tussen standaard en feitelijk handelen zorgvuldig geïnterpreteerd worden. De auteurs verwerpen NHG-standaarden als *gouden* standaard voor kwalitatief goed handelen. Akkoord, maar het zijn wel degelijk bruikbare laag-karaat toetsstenen – daar zijn ze toch voor?

F.G. Schellevis

1 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden [Commentaar]. Huisarts Wet 1995;38:3-6.

NHG-standaarden 2

In hun uitgebreide en soms prikkelend commentaar maken *Van Duijn & Meyboom-de Jong* een onderscheid tussen gepast en ongepast gebruik van NHG-standaarden.¹ Wellicht ongewild, maar wel impliciet suggereren zij dat de richtlijnen in de NHG-standaarden niet gebruikt mogen worden voor onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar het handelen van huisartsen, maar alleen in de beslotenheid van de eigen praktijk of in toetsingsgroepen mogen worden besproken. Zij gaan daarbij uit van de premisse dat NHG-standaarden 'flexibele' adviezen zijn met een normerend karakter, waarvan beargumenteerd kan worden afgeweken.

Wij delen de conclusies van de auteurs met betrekking tot de problemen die zich voordoen bij het gebruik van de richtlijnen en de voorzichtigheid die betracht moet worden bij het trekken van conclusies over goed klinisch handelen van huisartsen. Wij zijn het echter zeer oneens met de teneur van het commentaar dat het gebruik van de richtlijnen voor onderzoek ongepast is. Allereerst willen we echter bezwaar maken tegen het aanhalen van ons recente artikel in H&W.²

Wij hebben geen conclusies getrokken over de kwaliteit van het handelen van die gemiddelde huisarts. De schrijver van 'In dit nummer' heeft het beter gezien: het vaststellen via patiëntenkaarten in hoeverre huisartsen de richtlijnen navolgen en het enquêteren van huisartsen is in ons onderzoek gedaan om te achterhalen waarom huisartsen bepaalde richtlijnen niet volgen. Het nagaan van de oorzaken voor het al of niet volgen van een standaard kan aanwijzingen opleveren voor het bijstellen van de standaard. Er kunnen adviezen uit rollen voor een verandering van de praktijkvoering van huisartsen, er kan een gericht nascholingsprogramma op gebaseerd worden en tenslotte kunnen aanbevelingen gedaan worden voor implementatie activiteiten. Naar onze mening zijn dit zeer legitieme en gepaste onderzoeksactiviteiten. Wie dat onderzoek uitvoert, een arts, een stagiaire, een diabetesverpleegkundige, een projectcoördinator of een socioloog: kunnen daarover generaliserende opmerkingen worden gemaakt? Wij denken van niet.

Onderzoek naar de kwaliteit van het proces

in de huisartspraktijk dat gebruik maakt van op NHG-standaarden gebaseerde criteria, is naar onze mening evenzeer gepast, wanneer een onderzoeker zich maar terdege bewust is van de beperkingen. Bij chronische aandoeningen is het proces van de zorgverlening een uiterst relevante bron voor kwaliteitsonderzoek, omdat de afspraken die in de standaard zijn opgenomen redelijk eenduidig zijn en bovendien met een redelijke mate van betrouwbaarheid gemeten kunnen worden, zoals bij de diabetesstandaard. Een voorbeeld uit het onderzoek van *Konings et al.* laat zien dat met het formuleren van criteria op basis van de richtlijnen zeer zorgvuldig moet worden omgesprongen.

In dit onderzoek wordt de richtlijn 'drie-maandelijkse bloedsuikerbepaling' vertaald in: 'vier of meer notities van een bloedsuikerbepaling op de patiëntenkaart in elk geregistreerd jaar (in twee jaar)'. In slechts 42 procent van de gevallen voldeed de huisarts aan dit strikte criterium. Voor de doelstelling van *Konings et al.* om patiënten met suboptimale zorg te identificeren is dit criterium wel toepasbaar, maar het zegt weinig over de kwaliteit van de verstrekte zorg, zoals iedereen onmiddellijk inziet. Een aanzienlijk groter percentage wordt zes of zeven maal in twee jaar op bloedsuikers gecontroleerd. Er zullen weinigen zijn die de huisarts deze frequentie zullen aanrekenen. Je zou echter wel kunnen stellen dat wanneer een huisarts zijn diabetespatiënten gemiddeld minder dan drie keer per jaar ziet, er waarschijnlijk iets schort aan zijn controle-activiteiten. Een ander voorbeeld is het inspecteren van de voeten. Volgens de standaard moet dat één keer per jaar gebeuren (criterium twee notities in twee jaar). Slechts in 3 procent van de gevallen voldeed de huisarts aan dit criterium. Een iets groter percentage maakte hier eens in de twee jaar een notitie van. Ook wanneer je enige onderregistratie in aanmerking neemt, mag je stellen dat de onderzochte huisartsen zich in veel gevallen niet aan de NHG-normen houden. Bij de interviews bleek dat huisartsen de voeten vaak pas inspecteren wanneer de patiënt klachten uit. Voetinspectie wordt dus slechts sporadisch door huisartsen uitgevoerd.

Let je, zoals *Van Duijn & Meyboom-de Jong* voorstaan op de uitkomsten, dan kom je op basis van het gegeven dat ernstige complicaties zoals amputatie gelukkig niet veel voorkomen (en je tijdens onderzoek daarom weinig kans hebt dit te constateren), tot de conclusie dat er met de kwaliteit van de zorg niets mis is. Het past onderzoekers dit hiaat in het proces van zorg te signaleren en erop te wijzen dat preventief onderzoek om latere complicaties te voor-

komen (nog) weinig plaatsvindt in de huisartspraktijk. Het past huisartsen om dit onderwerp in eigen gelederen te bespreken en op basis hiervan tot een aanpassing van de standaard te komen of tot acties om dit onderdeel van de standaard beter geaccepteerd te krijgen. Het is echter ongepast de onderzoeker aan te vallen.

Tot slot nog een reactie op de veronderstelde relatie tussen structuur, proces en resultaat. Deze relatie is gecompliceerder dan de commentatoren suggereren. Hun pleidooi voor het evalueren van de kwaliteit van het handelen van de huisarts op basis van resultaatcriteria kunnen wij niet volgen. Het voorschrijven van antibiotica aan alle patiënten met acute keelpijn leidt in de meeste gevallen tot snel herstel en tevreden patiënten. Er zullen echter weinig huisartsen zijn die dit zullen aanmerken als kwalitatief goede zorg. Wij pleiten ervoor de kwaliteit van het handelen van huisartsen op basis van een zorgvuldig uitgebalanceerde mix van structuur-, proces- en uitkomstvariabelen te meten. Het onderzoek naar kwaliteit in de huisartspraktijk is zeer gebaat bij het opstellen van algemeen aanvaarde richtlijnen en daarvan afgeleide criteria. De huisartsenwereld moet er echter niet van opkijken dat sommige richtlijnen ten onrechte niet door het gros van de huisartsen worden gevolgd en dat sommige huisartsen het gros van de richtlijnen niet volgen. Er zijn nu eenmaal minder goede richtlijnen en minder goede huisartsen. Onderzoek naar (het volgen van) richtlijnen levert een onmisbare bijdrage aan de kwaliteit van standdaarden en de kwaliteit van de huisartsenzorg, al weten wij als onderzoekers dat niet elk onderzoek een gouden rand heeft.

D. Wijkkel
G.E.H.M. Rutten
G.P.J.M. Konings

- 1 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden [Commentaar]. Huisarts Wet 1995;38:3-6.
- 2 Konings GPJM, Wijkkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995; 38(1): 10-4.

NHG-standaarden 3

Op 2 november jongstleden werd het feit gevierd dat de vijftigste NHG-standaard is verschenen. Inmiddels is het doel van deze standdaarden nog steeds onderwerp van discussie, zoals uit een recent commentaar blijkt.¹ In het

betrokken commentaar wordt benadrukt dat een NHG-standaard geen 'gouden' standaard is voor kwalitatief goed handelen van huisartsen. De auteurs hebben ons inziens hier het gelijk aan hun kant: de NHG-standaarden *beogen* niet een maatstaf te zijn aan de hand waarvan huisartsgeneeskundig handelen wordt beoordeeld. Gezien de achtergrond, procedure en formulering kan dit ook moeilijk.

Dat het toch gebeurt, is mede het gevolg van het NHG-beleid. Het NHG heeft om begrijpelijke redenen aan het standaardbeleid nationaal en internationaal veel publiciteit verbonden. Helaas is daarbij de nadruk sterker gelegd op de betreffende standaard dan op de wetenschappelijke verantwoording. Deze laatste werd in eerste instantie niet gepubliceerd, terwijl dat sinds kort gebeurt in de vorm van 'noten'. Juist deze wetenschappelijke verantwoording als 'review' van de 'state of the art' achten wij van meer belang dan de standaard zelf. Daarnaast heeft het NHG, door de keuze voor het begrip 'standaard', op zijn minst de indruk versterkt dat de NHG-standaarden wél als 'meetlat' bedoeld zijn; het begrip 'richtlijn' dekt de lading beter.

We willen hierbij opmerken, dat de auteurs voorbijgaan aan de dagelijkse realiteit van juridische procedures (tuchtrecht, schadeclaims, zelfs strafrecht), waarin advocatuur en rechterlijke macht hun oordeel in sterke mate op de NHG-standaarden baseren. Bij herhaling wordt een kopie van een NHG-standaard in het dossier aangetroffen. Zelfs bij een relativisering door een deskundige is het kwaad vaak al geschied. Juist bij deze relativisering zouden de wetenschappelijke verantwoordingen een cruciale rol kunnen vervullen. Dit is een probleem waarvan de beroepsgroep de impact onvoldoende onderkent.

Tegen deze achtergrond is het duidelijk dat de NHG-standaarden kunnen worden gebruikt voor formatieve toetsing op individueel en op groepsniveau. Op die wijze zijn zij ook gebruikt in twee artikelen van onze hand.^{2,3} Gezien de interpretatie die *Van Duijn & Meyboom-de Jong* van deze artikelen geven, heeft het zin de werkwijze in deze studies hier nog eens uiteen te zetten, ter voorkoming van verdere misverstanden.

De twee onderzoeken hebben betrekking op een aselechte respectievelijk gestratificeerde aselechte steekproef van huisartsen. De werkwijze was als volgt. Het voorschrijfgedrag van deze min of meer representatieve steekproeven van Nederlandse huisartsen bij patiënten met verschillende bovenste-luchtweginfecties

(OMA, OME, acute tonsillitis, acute bovenste-luchtweginfectie en sinusitis) wordt beschreven, waarbij in de slotbeschouwing onder andere een globale vergelijking met de richtlijnen uit de keelpijn- en otitis-standaarden plaatsvindt. De conclusies zijn geformuleerd in termen als 'min of meer in overeenstemming met', terwijl tevens globale vergelijkingen met buitenlandse gegevens worden gemaakt. Uit doelstelling en presentatie van de resultaten blijkt het descriptieve en formatieve karakter van deze studies.

De door *Van Duijn & Meyboom-de Jong* getrokken conclusie, dat het niet gepast is huisartsen af te rekenen op het niet naar de letter uitvoeren van de richtlijnen, suggereert dat hun conclusie gebaseerd is op onderzoek waarbij NHG-standaarden gebruikt zouden zijn voor summatieve toetsing. Hiervoor is in de twee besproken artikelen geen concrete aanwijzing te vinden. Evenmin is het de teneur van de artikelen.

Tenslotte willen we in dit kader opmerken, dat de in een van de eerste alinea's genoemde 'gemiddelde huisarts' niet bestaat; het gebruik van deze term roept bij ons associaties op met conclusies gebaseerd op 'fallacies of the wrong level' bij analyses, die in onze artikelen correct op groepsniveau zijn uitgevoerd en als zodanig worden besproken.

Tenslotte nog een inhoudelijke opmerking over het voorschrijven van antibiotica bij patiënten met keelpijn. Er bestaat geen verbod op het voorschrijven van antibiotica bij patiënten die niet voldoen aan de vier criteria, de zogenaamde Centor-criteria,⁴ op grond van de NHG-standaard. In de NHG-standaard wordt geadviseerd om alleen bij een kans van meer dan 50 procent op GABHS-infectie het geven van een antibioticum te overwegen. Deze schatting kan worden gemaakt met behulp van de Centor-criteria. Indien aan vier klinische criteria wordt voldaan, is de kans op GABHS circa 53 procent. Deze criteria zijn ontleend aan onderzoek.

Hier kunnen we aan toevoegen, dat inmiddels uit eigen onderzoek is gebleken dat ook in de Nederlandse situatie het voorspellen van de aanwezigheid van GABHS in beperkte mate mogelijk is.⁵ Bij 46 procent van de patiënten met keelpijn die aan minstens drie criteria van Centor voldeden, werd GABHS gevonden; bij degenen die aan hooguit twee criteria voldeden, was dat 21 procent. Bij vier criteria werd ook in ons onderzoek meer dan 50 procent GABHS gevonden. Bij nul tot twee criteria zou 80 procent van de patiënten ten onrechte worden behandeld indien antibiotica zouden wor-

den gegeven, ervan uitgaand dat dit slechts bij een klein percentage, op grond van comorbiditeit is geïndiceerd.

Het lijkt gewenst dat het NHG grotere duidelijkheid creëert met betrekking tot de doelstelling en de achtergronden van de NHG-standaarden om de bestaande vrijblijvendheid te doorbreken, terwijl *Huisarts en Wetenschap* door publikatie van de wetenschappelijke verantwoording zou kunnen bijdragen aan de verantwoorde toepassing van de NHG-standaarden. Naamsverandering, hoe belangrijk ook, is zonder champagne te veel gevraagd. Wél zullen NHG en *Huisarts en Wetenschap* eerst de hand in eigen boezem moeten steken en geen 'gouden bergen' meer moeten beloven. Veel belangrijker is het om te zorgen dat de reeds bestaande NHG-standaarden aan de wetenschappelijke stand van zaken worden aangepast. Daarom dragen wij als referenten gaarne naar vermogen bij aan de nieuwe update-ronde van de afdeling standaardontwikkeling.

R.A. de Melker
M.M. Kuyvenhoven

- 1 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1995;38:3-6.
- 2 De Melker RA, Kuyvenhoven MM. Management of upper respiratory tract infections in Dutch general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41:504-7.
- 3 De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der Velde J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 1993; 36: 7-10.
- 4 Centor RM, Whitherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making* 1981; 1: 239-46.
- 5 Dagnelie CF, Touw-Otten FWMM, Kuyvenhoven MM, et al. Bacterial flora in patients presenting with sore throat in Dutch general practice. *Fam Pract* 1993; 10: 371-7.

Naschrift

Schellevis merkt terecht op dat we met ons commentaar het kind niet met het badwater moeten weggooien. De uitkomst van een optimale zorg zoals beschreven in NHG-standaarden, komt niet uit de lucht vallen, maar zou het gevolg moeten zijn van proceskenmerken van die zorg. Proces en uitkomst dienen dus in onderling verband onderzocht te worden.

Schellevis en wij zijn het met elkaar eens. In

ons commentaar echter maakten we bezwaar tegen het beschrijven van het proces *zonder* de uitkomst, waarbij het artikel van *Konings et al.* als voorbeeld is aangehaald.¹ Overigens achten we dit soort onderzoek met zijn nadruk op de proces-kanten niet erg vruchtbaar, gezien de meestal dunne relatie tussen proces en uitkomst.² Maar goed, misschien is dit meer een verschil in opvatting over de efficiëntie van onderzoeksinspanningen.

Over het tweede punt van *Schellevis* kunnen we kort zijn: we zijn het roerend oneens.

Wijkel et al. benadrukken eveneens het belang van onderzoek naar de proceskenmerken van de diabeteszorg. Hun onderzoek richt zich onder andere op de kwaliteit van geregistreerde routinegegevens, afgemeten aan de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II. Onze reactie is gelijk aan die van *Schellevis*: proces en uitkomst dienen in onderling verband onderzocht te worden. De discussie over goede of niet goede proceskenmerken bij de diabeteszorg kan vlot onttaarden in een debat tussen schriftgeleerden. Wij doen daar niet aan mee, omdat goed of slecht niet afgemeten moet worden aan de Geschriften – de NHG-standaarden dus – maar aan de uitkomst, in dit geval goed ingestelde diabeten. 'Het is niet het mauwen van de kat, maar of ze muizen vangt'.

De Melker & Kuyvenhoven merken op dat ze in hun publikaties helemaal niet zo normerend omgaan met de NHG-standaarden en dat we hun artikelen ten onrechte gebruiken voor ons standpunt. Wij meenden echter een normerend standpunt te lezen in hun artikel over een enquête onder huisartsen naar hun reacties op vier papieren patiënten.³ Zij stellen dat de kans op een streptokokkeninfectie in de beschreven casus op 15 tot 56 procent geschat kan worden, en dat de werkzaamheid van antibiotica daarom twijfelachtig is. De helft, 52 procent, van de huisartsen zou desondanks antibiotica voorschrijven en doet dus iets twijfelachtigs, als we *De Melker & Kuyvenhoven* goed begrijpen. Op basis van deze zinsnede stelden we dat dit ongepaste orthodoxie is, zolang onvoldoende duidelijk is waarom huisartsen antibiotica geven bij keelpijn, of veel antibiotica te veel is, hoeveel patiënten hierover te zeggen hebben en of dit allemaal kwaad kan.⁵

Uit deze laatste reactie wordt duidelijk dat er geen verschil van mening is, maar dat misverstanden over de toepassing van NHG-standaarden vlot ontstaan. Het is oppassen geblazen.⁶

N.P. van Duijn
B. Meyboom-de Jong

- 1 Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II? *Huisarts Wet* 1995; 38: 10-4.
- 2 Engelsman C, Geertsma A. De kwaliteit van verwijzingen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
- 3 De Melker RA, Kuyvenhoven MM. Management of upper respiratory tract infection in Dutch general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 504-7.
- 4 De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der Velde J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 1993; 36: 7-10.
- 5 Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij keelpijn. *Huisarts Wet* 1992; 35: 70-1.
- 6 Feder G. Clinical guidelines in 1994; let's be careful out there. *BMJ* 1994; 309: 1457-8.

ABSTRACT

Meijer RP, Schure LM. Problems of primary caregivers of stroke patients. A literature review. *Huisarts Wet* 1995; 38(6): 255-60.

A literature search in Medline and EM-Base was executed to obtain information about the stroke-provoked problems of the patients' primary caregivers. Twelve out of 122 studies met the criteria that had been set regarding reliability. Despite differences in design and measurement all studies agreed upon the presence of a high level of psychological distress in the caregivers, whereas they showed contradictory findings in the presence of somatic deterioration. Depression was found in 12 to 39 per cent of caregivers and often appeared to be related to the neuro-psychological problems in the stroke-patients. Age (young), being married to the patient, a low income and a low degree of subjective health were found to be the main indicators to detect the most at risk for a depression. Support groups and a family-as-a-system approach were advocated in order to prevent stress in caregivers. In the next 25 years an increase in the number of stroke-patients combined with a decrease in the number and availability of primary caregivers is expected. Educational, practical and emotional support should be given in order to reinforce the coping behaviour of caregivers if we want them to sustain their task to take care of the handicapped people and themselves at home.

Key words Caregivers; stroke.

Correspondence R.P. Meijer, Department of General Practice, University of Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands.