

# Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen?

M.A.H. FLEUREN

## Fleuren MAH. Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen? *Huisarts Wet 1998;41(11):511-4.*

Een van de grootste problemen met standaarden is dat ze in de praktijk vaak niet worden gevolgd. Het invoeren van standaarden blijkt een langdurig proces te zijn, waarbij op verschillende momenten iets mis kan gaan, met als resultaat dat ze uiteindelijk niet optimaal worden gebruikt. Het systematisch evalueren van de knelpunten die dit proces beïnvloeden, lijkt een essentiële stap. In deze beschouwing wordt een model besproken, dat hiervoor kan worden gebruikt. Het beschrijft achtereenvolgens het proces van het invoeren van standaarden bij individuele hulpverleners, de problemen die zich tijdens dit proces kunnen voordoen, en de wijze waarop deze in kaart kunnen worden gebracht.

Dr. M.A.H. Fleuren, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, VU ziekenhuis, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam; e-mail m.fleuren@azvu.nl.

## Inleiding

Overgewaaid vanuit Noord-Amerika, deden standaarden in de jaren tachtig hun intrede in Europa, met name in Engeland, Scandinavië en Nederland. Standaarden worden alom gezien als een methode om de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren. De toepassingen van standaarden zijn divers; ze worden onder andere gebruikt om hulpverleners een houvast te bieden bij hun dagelijks werk, de competentie en kennis van hulpverleners te verhogen, de zorg voor de patiënt te verbeteren, onaanvaardbare verschillen in handelen tussen hulpverleners te reduceren en de stijgende kosten van de gezondheidszorg terug te dringen.<sup>1-4</sup>

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft inmiddels in binnen- en buitenland grote bekendheid verworven met zijn standaardenbeleid. Een lang en zorgvuldig traject wordt doorlopen bij de totstandkoming en verspreiding van een NHG-standaard.<sup>5</sup> De richtlijnen zijn 'evidence based', en waar dit niet mogelijk is, wordt zorgvuldig een consensusprocedure gehanteerd. Alvorens een standaard geautoriseerd wordt, vinden commentaarronden plaats onder huisartsen en medisch specialisten. Eenmaal geautoriseerd wordt de standaard op grote schaal verspreid onder de huisartsen. Verder is er voor veel standaarden een deskundigheidsbevorderingspakket beschikbaar. Tot slot blijkt uit onderzoek dat de acceptatie van de NHG-standaarden onder de huisartsen groot is.<sup>6</sup>

Een successtory, zou men zo denken. Helaas zit er een addertje onder het gras: ze werken niet echt. Dat wil zeggen, het gebruik door de huisartsen in de dagelijkse praktijk valt tegen.

Keer op keer blijkt dat het moeilijk is om de doelgroep volgens standaarden te laten werken, wat overigens niet alleen in Nederland geldt.<sup>3,7-13</sup> Het niet-accepteren van de richtlijnen is één van de oorzaken waardoor het invoeren van standaarden zo problematisch verloopt.<sup>1,14</sup> Een andere oorzaak is dat werken volgens standaarden meestal gepaard gaat met een veran-

dering van werkwijze of routine. Dit gaat niet zonder slag of stoot en hierbij kunnen verschillende problemen optreden.<sup>12-14</sup> En zelfs wanneer de standaarden 'evidence based' zijn, en de hulpverleners de richtlijnen accepteren en gemotiveerd zijn om ze in te voeren, blijkt de compliantie in de praktijk laag.<sup>15-18</sup> Naast de vele lofuitingen over het concept 'standaarden' zijn allengs dan ook kritische en zorgelijke geluiden hoorbaar.<sup>7,9,19</sup> Deze zijn samen te vatten in één prangende vraag: hoe zorg je ervoor dat huisartsen standaarden in praktijk volgen?

Een antwoord op deze vraag is evaluatie-onderzoek, waarmee zowel een procesevaluatie als een effectevaluatie wordt bedoeld.<sup>3,4,7,10,13,20-22</sup> Het invoeren van standaarden blijkt een langdurig proces te zijn, waarbij zich op verschillende momenten problemen kunnen voordoen, die een goede invoering kunnen belemmeren. Het in kaart brengen van deze problemen is een essentiële stap alvorens zij opgelost kunnen worden.

In deze beschouwing wordt het proces van het invoeren – *implementeren* – van standaarden beschreven aan de hand van een eenvoudig model. Vervolgens wordt besproken welke problemen zich tijdens dit proces kunnen voordoen en wat de rol van onderzoek hierbij is. Tot slot wordt aan de hand van een praktijkvoorbeeld geïllustreerd hoe een procesevaluatie van het implementeren van een standaard kan verlopen. Aan de effectevaluatie van standaarden zal slechts zijdelings aandacht worden besteed.

## Modellen

Het implementeren van standaarden kan men vanuit twee gezichtspunten bekijken. Op macroniveau gaat het om de totstandkoming en verspreiding van standaarden. Op microniveau gaat het om het proces dat iedere individuele hulpverlener moet doorlopen voordat de standaard daadwerkelijk in de praktijk wordt toegepast. In deze beschouwing zal ik het, met name over dit laatste proces hebben.

Misschien wel het grootste probleem bij het implementeren van standaarden is

het gegeven dat hulpverleners niet zomaar hun gedrag veranderen en volgens standaarden gaan werken. Dit probleem geldt niet specifiek voor de gezondheidszorg, maar ook voor andere sectoren. Met name in de landbouw- en de onderwijssector kent men een lange traditie van onderzoek naar het bewerkstelligen van gedragsveranderingen.<sup>23,24</sup> Het achterliggende concept is dat verschillende fasen systematisch doorlopen moeten worden, alvorens een effectieve gedragsverandering kan worden bereikt.

Een van de meest eenvoudige modellen dat dit veranderingsproces in kaart brengt, is afkomstig uit het onderwijs (figuur 1).<sup>24</sup>

- De *adoptiefase* heeft betrekking op de beslissing om al dan niet met de standaard te gaan werken.
- Heeft men een positieve beslissing genomen en is men bereid volgens de standaard te gaan werken, dan wil dit nog niet zeggen dat dit ook in de praktijk gebeurt. Tijdens de *implementatiefase* probeert men daadwerkelijk volgens de standaard te gaan werken; men gaat er in feite mee experimenteren.
- Wanneer het tijdens deze fase lukt om volgens de standaard te werken, zal de nieuwe werkwijze ook moeten worden behouden. Dit gebeurt in de *institutionaliseringfase*. In deze fase moet het werken volgens de standaard onderdeel van de dagelijkse routine worden.

- Tot slot moet worden nagegaan wat het resultaat is van het werken volgens de standaard. Het gaat hierbij om de vraag of het werken volgens de standaard inderdaad een verbetering is ten opzichte van de oude situatie. Hierbij valt te denken aan een verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt, aan de satisfactie bij patiënt en hulpverlener, en aan de kosten die de nieuwe werkwijze met zich meebrengt. In feite gaat het hier om een *effectevaluatie*.

Het gaat hier om een interactief proces; wat in de ene fase gebeurt, heeft direct zijn weerslag op volgende of voorgaande fasen. Wanneer bijvoorbeeld tijdens de implementatiefase blijkt dat het werken volgens een bepaalde richtlijn uit de standaard veel tijd kost, kan dit betekenen dat de hulpverlener deze richtlijn bij nader inzien toch niet accepteert (adoptie). Dit betekent ook dat het volgen van deze richtlijn geen onderdeel zal worden van de dagelijkse routine (institutionalisering).

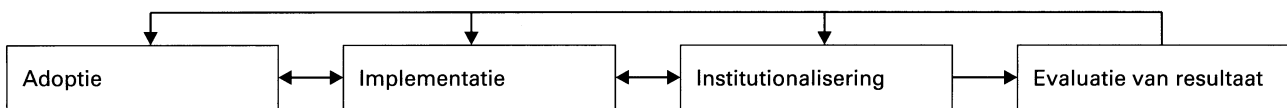
**Aangepast model**

In de gezondheidszorg wordt meestal een aangepast veranderingsmodel gehanteerd.<sup>1,14</sup> Volgens dit model moeten de volgende vier stappen worden genomen:

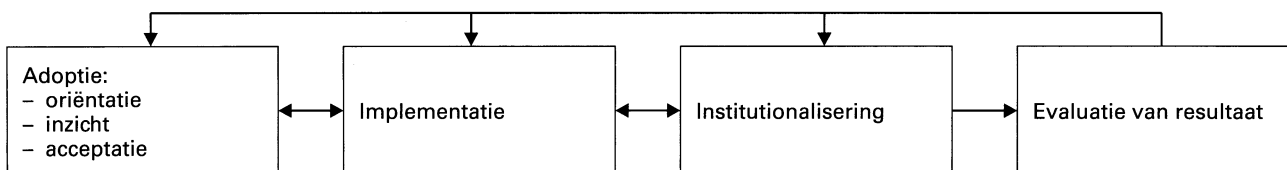
- *Oriëntatie*: de huisarts moet op de hoogte raken van het bestaan van de standaard en moet geïnteresseerd zijn in de standaard.

- *Inzicht*: de huisarts moet weten wat de standaard inhoudt. Dit betekent dat de huisarts moet begrijpen wat de standaard precies adviseert en, belangrijker nog, wat dit betekent voor de dagelijkse praktijk. Hiervoor moet de huisarts goed inzicht hebben in de eigen werkwijze en kunnen vergelijken in hoeverre deze werkwijze afwijkt van de adviezen in de standaard.
- *Acceptatie*: de huisarts moet een positieve houding krijgen ten opzichte van de standaard, dat wil zeggen meer voordelen dan nadelen zien in het werken volgens de standaard. Verder moet er een bereidheid zijn om echt anders te gaan werken.
- *Verandering*: tot slot moet er een daadwerkelijke verandering van werkwijze plaatsvinden. De huisarts moet de nieuwe werkwijze uitproberen en uiteindelijk structureel inpassen in de dagelijkse praktijk.

De stappen 'oriëntatie', 'inzicht' en 'acceptatie' komen overeen met de 'adoptiefase' in het model dat in de onderwijssector wordt gehanteerd. De stap 'verandering' komt overeen met respectievelijk de fasen 'implementatie' en 'institutionalisering' in het model uit de onderwijssector. Een belangrijk verschil tussen de twee modellen is dat er in het model uit de onderwijssector nog sprake is van een evaluatiefase en dat verandering in dit model



**Figuur 1** Fasen van het veranderingsproces zoals gebruikt in de onderwijssector



**Figuur 2** Fasen van het veranderingsproces: geïntegreerd model uit onderwijssector en gezondheidszorg

wordt weergegeven als een interactief in plaats van een lineair proces, hetgeen meer met de werkelijkheid overeenkomt.<sup>13</sup> De meerwaarde van het model dat in de gezondheidszorg wordt gehanteerd is dat er veel gedetailleerder beschreven wordt hoe de adoptiefase verloopt. Een combinatie van beide modellen lijkt het meest verhelderend om het veranderingsproces in kaart te brengen (*figuur 2*).

### Factoren die implementatie belemmeren

Vershillende factoren beïnvloeden het veranderingsproces, zoals de geloofwaardigheid van de opstellers van de standaard, de leesbaarheid van de standaard, en de manier van verspreiding. Sommige factoren spelen met name op macroniveau een rol, bijvoorbeeld de wijze waarop de standaard wordt verspreidt, andere op microniveau, bijvoorbeeld de acceptie van de standaard door een individuele hulpverlener. Op microniveau kunnen vier categorieën factoren worden onderscheiden.<sup>1,14,25</sup> Deze hebben betrekking op:

- de hulpverlener zelf: gebrek aan kennis of vaardigheden; algemene attitude, bijvoorbeeld de neiging patiënten snel te verwijzen; kritiek op specifieke richtlijnen;
- andere hulpverleners: collega's die een andere werkwijze hebben;
- patiënten: de wensen van de patiënt; geen compliantie;
- de werksetting: organisatorische problemen, bijvoorbeeld het ontbreken van bepaalde faciliteiten.

Deze factoren kunnen de verschillende fasen van het veranderingsproces negatief beïnvloeden en daarmee een goede implementatie van de standaard in de weg staan. Helaas is niet vooraf te voorspellen welke factoren een rol spelen en in welke mate. Elke standaard heeft zijn eigen implementatieproblemen. Daarom is het van groot belang voor elke standaard opnieuw te onderzoeken welke problemen zich in de verschillende fasen van het veranderingsproces voordoen.<sup>1,3,13,14</sup> In feite gaat het om twee soorten onderzoek. In de eerste plaats zal er een procesevaluatie moeten

plaatsvinden; daarbij staat met name de vraag waarom huisartsen niet volgens de standaard werken, centraal. Vervolgens zal er een effectevaluatie moeten plaatsvinden; hierbij gaat het om de vraag welk resultaten het werken volgens de standaard tot gevolg heeft, en of deze voldoen aan de vooraf gestelde criteria.

### Praktijkvoorbeeld

In 1993 vond onder huisartsen (en hun patiënten) een evaluatie-onderzoek plaats met betrekking tot de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam.<sup>18</sup> Het doel van het onderzoek was na te gaan in hoeverre huisartsen de standaard daadwerkelijk in praktijk brachten en wat de redenen waren om dit niet te doen. Het ging dus om de praktische haalbaarheid van de standaard. Dergelijk onderzoek valt te vergelijken met het soort productonderzoek dat door de Consumentenbond of de ANWB wordt gedaan wanneer men bijvoorbeeld een auto in de praktijk uittest. Onder het motto 'we hebben een auto ontwikkeld, test u hem voor ons uit' werd de huisartsen gevraagd een jaar volgens de standaard te werken en werd als het ware gekeken of de standaard de elandtest kon doorstaan.

Het onderzoek werd opgezeten aan de hand van de fasen uit het veranderingsmodel in *figuur 2*. Alleen huisartsen die de adoptiefase goed hadden doorlopen, mochten meedoen aan het onderzoek. Hiertoe kregen ze vooraf de standaard toegestuurd (oriëntatie) en werd hen gevraagd of ze het met de belangrijkste richtlijnen uit de standaard eens waren (acceptatie). Alle huisartsen die de standaard accepteerden, bereid waren hem 12 maanden te volgen en bereid waren alle patiëntcontacten te registreren, kregen vervolgens nascholing. Tijdens de nascholing werden alle richtlijnen uit de standaard en de achterliggende wetenschappelijke verantwoording besproken (inzicht). Verder werd, aan de hand van casuïstiek, veel aandacht besteed aan het beleid dat de huisartsen gewoonlijk hadden bij (dreigende) miskraam en in hoeverre dit afweek van de richtlijnen uit de standaard (inzicht). Tot slot werden mogelijke oplossingen besproken voor die

punten waarop het beleid niet geheel in overeenstemming was met de standaard.

Na 12 maanden werd per patiënt nagegaan van welke richtlijnen uit de standaard de huisarts was afgeweken. Vervolgens werd in een telefonisch interview iedere patiënt met de huisarts besproken en werd gevraagd wat de redenen waren om van de betreffende richtlijn af te wijken.

Het onderzoek bracht diverse knelpunten aan het licht die het volgen van de standaard belemmerden.

Het bij nader inzien oneens zijn met de richtlijnen bleek een grote rol te spelen. Zo vonden veel huisartsen in de praktijk de periode voor de controle na 10 dagen te lang: men wilde zelf de patiënt eerder zien of de patiënt wilde dit. Na afloop van de 12 maanden bleken veel huisartsen het om diverse redenen ook niet meer eens te zijn met het geadviseerde lichamelijk onderzoek bij de controle-afspraken. Sommigen wilden liever een echo laten maken om zeker te zijn van de diagnose; anderen zeiden juist dat de anamnese alleen voldoende informatie gaf om een diagnose te kunnen stellen.

Een ander groot knelpunt bleek de samenwerking met verloskundigen en gynaecologen. Bij ongeveer een op de tien patiënten kon de huisarts de standaard niet volgen, doordat het beleid doorkruist werd door een andere hulpverlener. Zo verwezen collegae huisartsen tijdens de waarneming de patiënt toch, en namen gynaecologen ongevraagd de begeleiding van de patiënt over naar aanleiding van een echo.

Ook waren de patiënten een oorzaak van het niet kunnen volgen van de standaard; sommige patiënten eisten een echo van de huisarts, andere regelden zelf een echo door buiten de huisarts om naar een verloskundige te gaan, en weer andere gingen rechtstreeks naar het ziekenhuis. Ook werden niet alle afspraken door de patiënt nagekomen, waardoor vaak geen controle plaatsvond.

En tenslotte kon bijna een kwart van de huisartsen en verloskundigen niet in eigen beheer een echo laten verrichten. Dat moest via de gynaecoloog geregeld worden, wat in veel gevallen tot een onge-

vraagde overname van de behandeling leidde.

Wat heeft dit onderzoek uiteindelijk opgeleverd?

Alleen door het in praktijk uitproberen van de standaard kwamen knelpunten en problemen naar voren die men vooraf niet had voorzien, ook niet in de commentaaronderonde die bij het ontwerpen van de standaard onder 50 huisartsen was gehouden. Het in kaart brengen van de knelpunten heeft in de eerste plaats een rol gespeeld bij de totstandkoming van een herziene versie van de standaard. Zo werd de periode van de controle-afspraken vervroegd tot een week.<sup>26</sup> In de tweede plaats is er een deskundigheidsbevorderingspakket voor de herziene standaard in voorbereiding, waarin de knelpunten die huisartsen en patiënten bij toepassing van de 'oude' standaard ervoeren, extra aandacht zullen krijgen.

## Conclusie

Hoe goed standaarden ook opgesteld, verspreid en geaccepteerd mogen zijn, onderzoek naar de praktische haalbaarheid blijft essentieel wil daadwerkelijke invoering in de huisartspraktijk plaatsvinden. Dit betekent dat voor elke standaard opnieuw in kaart moet worden gebracht op welke punten de standaard niet gevolgd wordt en wat de redenen hiervoor zijn. Pas na een dergelijke analyse kan er gewerkt worden aan de oplossingen voor de problemen. Dit soort onderzoek levert punten op om de standaard bij te stellen, de verspreiding te

optimaliseren, een op maat gesneden deskundigheidsbevorderingspakket te maken of rond de tafel te gaan zitten met andere beroepsgroepen om transmurale samenwerkingsovereenkomsten te maken.

Kortom, er is nog veel werk aan de winkel om een standaard ingevoerd te krijgen. Maar dat geeft niet want uiteindelijk dient het een goed doel: kwaliteitsbewaking en -verbetering van de gezondheidszorg.

## Literatuur

- Grol RTPM, Van Everdingen JJE, Casparie AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- Grol R. Setting and using guidelines for quality in general practice. *Eur J Gen Pract* 1995;1:87-9.
- Thomson R, Lavender M, Madhok R. How to ensure that guidelines are effective. *BMJ* 1995;311:237-42.
- Olesen F, Mainz J, Lassen JF. Research, technology assessment, and quality assurance. *Eur J Gen Pract* 1996;2:162-5.
- Rutten GEHM, Thomas S, redactie. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1992;35:101-4.
- Haines A, Feder G. Guidance on guidelines. Writing them is easier than making them work. *BMJ* 1992;305:785-6.
- Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change. *Qual Rev Bull* 1992;18:413-22.
- Delamothe T. Wanted: guidelines that doctors will follow. Implementation is the problem. *BMJ* 1993;307:218.
- Grol R. Development of guidelines for general practice care. *Br J Gen Pract* 1993;43:146-51.
- Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995;4:55-64.
- Forrest D, Hoskins A, Hussey R. Clinical guidelines and their implementation. *Postgrad Med J* 1996;72:19-22.
- Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, et al. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline competence. The use of pediatric vaccine recommendations. *Med Care* 1996;34:873-89.
- Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care* 1992;1:184-91.
- Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II? *Huisarts Wet* 1995;38:10-4.
- Konings GPJM, Rutten GEHM, Wijkel D. Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II? *Huisarts Wet* 1995;38:602-7.
- Fleuren M, Grol R, De Haan M, et al. Adherence by midwives to the Dutch national guidelines on threatened miscarriage: a prospective study. *Quality in Health Care* 1997;6:69-74.
- Fleuren M, Wijkel D, De Haan M, et al. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract* 1998;4:11-7.
- Spanjer M. Debate: Can practice be scientific? Verslag 2nd International Conference Scientific Basis of Health Services en 5th Annual Cochrane Colloquium. *Mediator* 1997;8:20-3.
- Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassingen van NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1995;38:3-6.
- Lohr KN. Guidelines for clinical practice: applications for primary care. *Int J Qual Health Care* 1994;6:17-25.
- Onion CWR, Walley T. Clinical guidelines: development, implementation, and effectiveness. *Postgrad Med J* 1995;71:3-9.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1983.
- Fullan MG. The new meaning of educational change. London: Cassell Educational, 1991.
- Fleuren M. Managing (imminent) miscarriage in primary health care [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.
- Flikweert S, Meijer LJ, De Haan M, Wiersma Tj. NHG-Standaard Miskraam (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1997;40:661-70. ■