

Tussen afwijken en afwijzen van richtlijnen

De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II

ARJEN P. STOOP
MARC BERG
GEERT-JAN DINANT

Stoop AP, Berg M, Dinant GJ. Tussen afwijken en afwijzen van richtlijnen. De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II. Huisarts Wet 1998; 41(1):5-9.

Doel Het verkrijgen van inzicht in variatie in medisch handelen door de omstandigheden te bestuderen die hebben geleid tot afwijken van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II.

Opzet Exploratief, kwalitatief sociologisch onderzoek.

Plaats Huisartspraktijken in Limburg en Friesland.

Methode Aan tien huisartsen is een semi-gestructureerd interview afgenomen. Daarnaast is medisch sociologische literatuur omtrent dit onderwerp bestudeerd.

Resultaten Tussen de onderzochte huisartspraktijken bleek aanzienlijke variatie te bestaan in de toepassing van de standaard. Belangrijkste bevinding is dat ogenschijnlijk gelijke praktijksituaties bij nader inzien veelal niet werkelijk identiek zijn en dus een verschillende benadering vereisen.

Conclusie De resultaten van deze studie roepen vragen op over een aantal kenmerken en doelstellingen van standaarden en het Standaardenbeleid van het NHG.

Drs. A.P. Stoop, gezondheidswetenschapper, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Dr. M. Berg, arts, Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht.

Dr. G.J. Dinant, huisarts-epidemioloog, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Research Institute for Extramural and Transmural Health Care, Universiteit Maastricht.

Correspondentie: drs. A.P. Stoop.

Inleiding

Een van de belangrijkste doelstellingen van het Standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap is het terugdringen van variatie in het medisch handelen. Variatie zou een bedreiging vormen voor de kwaliteit van zorg^{1,2} en zou zelfs het beroep in diskrediet brengen: 'Zichtbare variatie tussen artsen geeft onzekerheid bij zowel arts als publiek en roept als ongewenste resultante ongeloofwaardigheid van de beroepsgroep op.'³ Standaarden beogen het probleem van de variatie op te lossen en daarmee tot een uniforme, optimale huisartsgeneeskundige zorg te komen.¹

Hoewel het Standaardenbeleid van het NHG zowel nationaal als internationaal erkenning heeft verworven,⁴ wijzen verschillende onderzoeken uit dat de standaarden in de praktijk matig worden gevolgd.^{5,6} Dit geldt ook voor de Standaard Diabetes Mellitus type II. Ondanks het feit dat de meeste huisartsen bekend zijn met deze standaard en de richtlijnen van de standaard ook onderschrijven,⁷ blijkt de toepassing in de praktijk veel variatie te vertonen.⁸

Onderzoek naar de toepassing van standaarden wordt op verschillende wijzen verricht.^{5,9,10} Enquêtes en interviews worden gebruikt om te achterhalen welke (afzonderlijke) richtlijnen door huisartsen routinematig worden gevolgd, en welke globale factoren deze toepassing in gevaar brengen of onmogelijk maken. (Computer)registratietechnieken en kaartenbakonderzoek worden gebruikt om (op grote schaal) na te gaan of richtlijnen in de praktijk werkelijk worden toegepast. Kenmerkend voor deze onderzoeksmethoden is dat ze bij uitstek geschikt zijn om antwoord te geven op de vraag of een bepaalde standaard wordt gehanteerd; zij zijn minder geschikt om inzicht te krijgen in de vraag *hoe* en *waarom* wordt afgeweken van een standaard. Deze vraag vereist een methode van onderzoek waarbij aandacht wordt besteed aan de nuances van de dagelijkse medische praktijk. Juist de nuances zijn belangrijk omdat medisch handelen plaatsvindt binnen een complexe en hete-

rogene context.^{11,12} Voor het analyseren van deze context kunnen meer kwalitatief georiënteerde onderzoeksmethoden – zoals participerende observaties, diepte-interviews en literatuurstudie – uitkomst bieden.^{12,13}

In dit artikel doen wij verslag van een exploratief onderzoek naar de variatie in de toepassing van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II, waarbij gebruik is gemaakt van dergelijke kwalitatieve methoden. Het is hierbij niet onze intentie om tot generaliserende uitspraken over huisartsgeneeskundige praktijken in Nederland te komen. Ook is het niet onze inzet om een lijst van redenen of oorzaken van variatie te geven. Het doel van dit onderzoek is het verschaffen van nieuwe *inzichten* in de variatie in medisch handelen en in de toepassing van standaarden. De vraagstelling die hierbij centraal stond, luidt als volgt:

- In hoeverre kunnen omstandigheden leiden tot het afwijken van de richtlijnen in de NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II?
- Wat kan vervolgens worden gezegd over de uitgangspunten van standaarden?

Methode

Aan het onderzoek werd deelgenomen door tien huisartsen: één uit Friesland en negen uit Maastricht en omgeving. Tussen november 1994 en maart 1995 ondervroeg de eerste auteur deze huisartsen over twee tot vier patiëntenkaarten van patiënten die rond of na het uitkomen van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II voor het eerst werden verdacht van diabetes. De – semi-gestructureerde – interviews werden afgenomen in de praktijk, direct na een dagdeel waarbij de onderzoeker aanwezig was geweest. Tijdens het interview hadden huisarts en onderzoeker beiden inzage in de gegevens. De huisarts werd gevraagd aan de hand van de kaarten en eventueel in de computer opgeslagen informatie een zo gedetailleerd mogelijke beschrijving te geven van de wijze waarop diagnostiek, behandeling en controle bij de desbetreffende patiënten waren/wer-

den uitgevoerd. Bij elke afwijking van de richtlijnen van de standaard werd expliciet doorgevraagd naar de omstandigheden waaronder het medisch handelen had plaatsgevonden. De interviews, die gemiddeld 40 minuten duurden, werden opgenomen en zijn later woordelijk uitgeschreven.

De verzamelde casus werden 'ontleed' in de drie fasen die ook in de standaard worden onderscheiden: diagnostiek, therapie en controle. Vervolgens werd per fase nagegaan of de meest relevante informatie (in termen van de standaard) was achterhaald. Concreet betekent dit:

- voor de diagnostische fase: informatie over klachten en over de bloedglucosewaarden;
- voor de therapeutische fase: informatie over inschakeling van een diëtist, de voorgeschreven medicatie (soort en hoeveelheid) en de effecten van de medicatie;
- voor de controlerende fase: informatie over soort en aantal controles.

Voor alle drie fasen gold eveneens dat bekend moest zijn hoeveel tijd er tussen de consulten was verlopen. De casus die niet aan bovenstaande criteria voldeden, werden niet verder betrokken bij het onderzoek.

Voor de indeling in fasen is gekozen omdat het niet mogelijk was het gehele 'traject' van diabetespatiënten te vergelijken, doordat gegevens ontbraken of niet duidelijk waren. Hiernaast maakt deze opzet het goed mogelijk om de variatie in medisch handelen te laten zien. Per fase werd nagegaan in hoeverre de richtlijnen uit de standaard waren gevolgd en welke omstandigheden verantwoordelijk waren voor eventuele afwijkingen.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat afwijken van de standaard onder andere kan worden teruggevoerd op belemmeringen bij de huisarts zelf, belemmeringen vanuit de omgeving van de huisarts en problemen met de praktische voorwaarden.⁸ Voor het zo inzichtelijk mogelijk illustreren van de wijze *waarop* dergelijke oorzaken tot afwijken van de standaard leiden, wordt de

variatie in de toepassing van de standaard weergegeven in zes fragmenten.

Resultaten

Er waren 23 casus met volledige informatie over de *diagnostische* fase. In één van deze casus was sterk afgeweken van de richtlijnen.

Bij 10 casus was er volledige informatie over de *therapeutische* fase. In al deze casus was afgeweken van de richtlijnen. Zo was acht keer meteen medicatie voorgeschreven bij te hoge bloedglucosewaarden; de overige twee keer was eveneens 'te vroeg' begonnen met medicatie (na respectievelijk 1 en 3,5 maand). Verder was in zeven gevallen een te hoge startdosering voorgeschreven (tot 8x de aanbevolen hoeveelheid).

In drie casus was de diëtiste niet of pas na enkele weken ingeschakeld. Er waren 2 casus met volledige informatie over de *controlerende* fase. Ook deze controles waren niet overeenkomstig de Standaard uitgevoerd. Zo werd afgeweken van de soort, de frequentie en het tijdsverloop tussen de controles.

De fragmenten A tot en met F illustreren de variatie in de toepassing van de standaard in de drie onderscheiden fasen. De bijbehorende achtergrondinformatie geeft vervolgens een meer gedetailleerd beeld van de context waarbinnen het medisch handelen had plaatsgevonden.

Diagnostische fase

A De heer Pieters komt in september 1992 op het spreekuur met klachten over moeheid en een balanitis die niet overgaat. Bij meting blijkt hij een verhoogde bloedglucosewaarde te hebben (13,6 mmol/l); hieraan wordt verder geen aandacht besteed. In mei 1994 wordt de bloedglucosewaarde weer gemeten, en blijkt deze wederom te hoog (12,8 mmol/l). Ook in juni 1994 heeft Pieters een verhoogde bloedglucosewaarde (12,5 mmol/l). Op dat moment wordt de diagnose diabetes mellitus aan de patiënt medegedeeld.

B De heer Scheper komt in december 1994 bij zijn huisarts. Hij heeft een balanitis die niet overgaat. Tevens blijkt hij an-

dere klachten te hebben die passen bij het beeld van diabetes: dorst, vermagering en polyurie. Zoals verwacht heeft de patiënt ook een verhoogde bloedglucosewaarde (19,0 mmol/l). Hij wordt meteen gediagnosticeerd als diabeet.

Uitgaande van de standaard is er geen verschil tussen beide casus. Pieters en Scheper komen met (dezelfde) diabetesspecifieke klachten op het spreekuur en hebben beiden verhoogde bloedglucosewaarden. Volgens de standaard zouden beiden dus als diabeet moeten worden gediagnosticeerd. In fragment B gebeurt dat inderdaad, in fragment A pas na bijna twee jaar.

Wanneer de context in de beschouwing wordt betrokken, wordt duidelijk waarom niet conform de standaard is gewerkt. Wanneer Pieters in september 1992 bij zijn huisarts komt, vormen zijn balanitis en de verhoogde bloedglucosewaarde niet zijn enige problemen; eerder dat jaar is al een hypercholesterolemie geconstateerd en daarvoor hypertensie en overgewicht. De diagnose diabetes mellitus is volgens de huisarts in eerste instantie niet gesteld, '... omdat Pieters andere problemen had, voornamelijk zijn hypertensie, waardoor ik hem niet op die suikerwaarde wilde laten fixeren.' Wél verwijst hij Pieters naar een diëtiste om het gewicht omlaag te krijgen: 'Afvallen is goed voor de bloeddruk en daarbij hoopte ik dat de suiker ook iets zou gaan dalen.' Pieters moet echter overdag werken en kan dus moeilijk afspraken met de diëtiste maken. Bovendien vindt hij het moeilijk om minder te eten.

In de bijna twee jaar die na deze meting volgen, komt Pieters met veel andere klachten, zoals moeheid, duizeligheid, ejaculatieproblemen, griepachtige klachten, spierpijnen, nek- en armklachten en met artrose samenhangende klachten. Gewicht en tensie worden geregeld gemeten; bloedglucosewaarden niet. In juni 1994 zijn tensie en cholesterol redelijk gedaald en zijn de ejaculatieproblemen verdwenen. Dan wordt Pieters als diabeet gediagnosticeerd. 'Omdat zijn gewicht op deze (te hoge) waarde bleef hangen, ben ik dan toch maar door de knieën gegaan', aldus zijn huisarts.

Therapeutische fase

C De heer Loucif komt in januari 1994 bij zijn huisarts met de klacht dat hij veel dorst heeft en veel moet plassen. Bij meting blijkt de bloedglucosewaarde verhoogd (11,5 mmol/l). Loucif krijgt enkele leefregels mee en wordt meteen ingesteld op orale bloedsuikerverlagende medicatie (Rastinon 500 mg, 1× daags). Bij controle, tien dagen later, blijkt de bloedglucosewaarde nog steeds te hoog (14,7 mmol/l). De medicatie wordt verdubbeld. Twee weken later blijkt de bloedglucosewaarde onveranderd hoog (14,5 mmol/l). De medicatie wordt nu verhoogd tot 4× de oorspronkelijke dosering. Na een week blijkt ook deze medicatie niet voldoende; de bloedglucosewaarde is dan 16,0 mmol/l. Naast de Rastinon 2× daags 1 gram schrijft de huisarts Glucofage 500 mg 1× daags voor. Een week later voelt Loucif zich beter en blijkt de bloedglucosewaarde redelijk gedaald, maar nog steeds te hoog: 10,9 mmol/l.

D Mevrouw Feenstra komt in januari 1992 op het spreekuur, klagend over dorst en vaginale jeuk. Bij meting blijkt zij een verhoogde bloedglucosewaarde te hebben (14,7 mmol/l), een te hoog cholesterolgehalte en een te hoog triglyceridengehalte. Mevrouw wordt verwezen naar een diëtiste. Bovendien komt de wijkverpleegkundige langs om haar uit te leggen dat de kans op complicaties in haar geval groot is: zij is bekend met angina pectoris en vaatlijden in de benen, ze rookt en ze gebruikt alcohol. In de volgende maanden dalen de bloedglucosewaarden bij tijd en wijle aanzienlijk om vervolgens weer te stijgen. Wanneer mevrouw Feenstra in juli 1992 een bloedglucosewaarde van 11,8 mmol/l blijkt te hebben, wordt orale bloedsuikerverlagende medicatie voorgescreven (Rastinon 500 mg 1× daags).

Ook in deze twee fragmenten is op het eerste gezicht sprake van twee identieke situaties. Loucif krijgt echter meteen medicatie voorgeschreven, terwijl bij Feenstra eerst wordt geprobeerd iets aan haar leefgewoonten te doen; pas een halfjaar na de diagnosestelling besluit de huisarts haar medicatie voor te schrijven. Ook deze

twee situaties blijken bij nader inzien sterk te verschillen.

Loucif is een oudere man van Marokkaanse afkomst, met een WAO-uitkering. Ondanks tientallen jaren werkervaring in Nederland, spreekt hij de taal nauwelijks. Hij slaapt in een tehuis om zijn familie in Marokko zoveel mogelijk geld te kunnen sturen. Zijn huisarts ziet het dan ook 'niet als reëel' om Loucif naar de diëtiste te sturen: ten eerste kost dit te veel geld en ten tweede is er het communicatieprobleem. Ook de voorlichting aan Loucif blijft beperkt tot enige leefregels. Hierbij spelen ook culturele aspecten een rol: 'Je loopt tegen het model aan dat hij verwacht dat de dokter medicatie voorschrijft en wij van hem dat hij verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen leven en gezondheid. (...) Je stelt daarom meestal je doelen bij. En hoe kun je hem uitleggen wat een risicofactor is? (...) Als de suiker enigszins onder controle is, dan is het al heel wat.' Loucif wordt daarom meteen ingesteld op medicatie, en deze wordt binnen korte tijd enkele malen verhoogd om zo snel mogelijk een goede regulatie van de bloedglucosewaarde te krijgen.

In fragment D spelen heel andere elementen een rol. Feenstra heeft bij het eerste consult niet alleen diabetespecifieke klachten en een te hoge bloedglucosewaarde, maar ook allerlei andere medische problematiek. Bovendien rookt en drinkt ze, wat haar bloedsuikerspiegel ongunstig beïnvloedt. Haar huisarts probeert daarom haar in te laten zien dat er winst is te behalen door gezonder te gaan leven. Feenstra blijkt de voorlichting en adviezen echter in de wind te slaan. 'Die trekt zich er de ballen van aan', aldus haar huisarts, die na een halfjaar intensieve begeleiding en voorlichting besluit met behulp van orale bloedsuikerverlagende medicatie een goede regulering te bereiken.

Controlerende fase

Bij de analyse van de casus E en F is uitgegaan van het minimale aantal controlebepalingen dat de Standaard noemt voor goed ingestelde patiënten. De bloedglucosewaarden doen hier dan ook minder ter zake; het gaat erom of de controles wel of

niet plaatsvinden. Bij patiënten die niet goed zijn ingesteld, zijn frequentere controles aangewezen.

E De heer Ophof wordt in maart 1989 als diabeet gediagnosticeerd. Tot februari 1992 wordt zijn bloedglucosewaarde veertien keer gemeten, met maximale tussenpozen van vijf maanden. In deze drie jaar wordt Ophof één keer gewogen, wordt hij één keer naar de oogarts verwezen en wordt zijn urine één keer op eiwitten gecontroleerd. In 1992 wordt twee keer de bloedglucosewaarde gemeten, in februari en april. Ook het gewicht en de bloeddruk worden in deze periode gemeten. In augustus 1993, zestien maanden na de laatste metingen, worden de bloedglucosewaarde en suikers in de urine gemeten. Van september 1993 tot februari 1995 wordt de bloedglucosewaarde acht keer gemeten, één keer met een tussenpoos van veertien maanden. In deze periode worden twee keer het gewicht en de bloeddruk gemeten en wordt één keer een kreatininebepaling gedaan.

F Mevrouw Nuis wordt in oktober 1991 als diabeet gediagnosticeerd. Tot februari 1995 wordt de bloedglucosewaarde 25 keer gemeten, met een maximale tussenpoos van vijf maanden in 1994. In deze periode wordt met regelmaat (in totaal 13 keer) de bloeddruk gemeten en wordt vier keer gekeken naar eventuele eiwitten in de urine. Voorts worden, met tussenpozen van ongeveer zes maanden, vijf keer kreatinine en cholesterol bepaald en wordt één keer de bloeddruk gemeten.

Ook tussen de laatste twee fragmenten bestaan verschillen die niet verklaard kunnen worden op basis van de medische gegevens. Zo werd bij Nuis geregeld de bloedglucosewaarde gemeten, bij Ophof niet. Ook werden bij Nuis aanzienlijk vaker laboratoriumbepalingen gedaan, en werd haar bloeddruk geregeld gemeten. Anderzijds werd het gewicht van Nuis slechts één keer gemeten, en is zij in al die jaren niet naar de oogarts verwezen. De verklaring ligt opnieuw in de verschillende omstandigheden.

In fragment E komt de patiënt niet regelmatig voor controle en wanneer hij

komt, is hij veelal niet nuchter. Hij zegt dat hij geen tijd heeft en hij vindt het ook niet nodig om vaak te komen. En verder voelt hij er niets voor om met een lege maag naar de praktijk te fietsen. Wél komt hij om de drie maanden nieuwe medicijnen halen, maar dat gaat via de assistente; de huisarts ziet hem vrijwel uitsluitend als hij diabetesspecifieke klachten heeft. Als zijn vrouw in 1992 ziek wordt, komt hij nog minder op controle. Doordat Ophof veelal niet nuchter is, wordt het interpreteren van de bloedglucosewaarden bemoeilijkt. Zijn huisarts is daar niet gelukkig mee, maar is ook van mening dat dit uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de patiënt is.

Mevrouw Nuis vindt het wel moeilijk om zich aan een dieet te houden, maar haar diabetes en haar andere aandoeningen (hypertensie en adipositas) houden haar sterk bezig. Ze is zich terdege bewust van de noodzaak van controles en komt dan ook regelmatig. Dat maakt uiteraard een regelmatige en systematische controle van haar diabetes mogelijk.

Beschouwing

De besproken fragmenten vertonen een aanzienlijke variatie in respectievelijk het moment van diagnosticeren, het instellen van een medicamenteuze behandeling en de uitvoering van controles. Tevens is duidelijk geworden dat het de omstandigheden waren die tot een afwijking van de richtlijnen leidden (of die juist het volgen van de richtlijnen vergemakkelijkten). De wijze waarop het begrip 'variatie' veelal wordt gehanteerd – als 'een verschil in medisch handelen in gelijke situaties' – behoeft dan ook nuancering. Het is wellicht beter te spreken van verschillend handelen in *verschillende* situaties. Niet alleen medische gegevens en criteria spelen een rol in de wijze waarop medisch handelen vorm krijgt, maar ook contextuele elementen.^{14,15} Hoewel deze constatering min of meer het karakter van een open deur heeft, wordt hier in onderzoek naar variatie in de toepassing van standaarden weinig rekening mee gehouden.¹⁶

Het Standaardenbeleid beoogt variatie terug te dringen en hiermee betere kwali-

teit van zorg te leveren. Terugdringen van variatie door de inzet van standaarden is echter slechts beperkt mogelijk. Medisch handelen is geen formeel-rationeel proces; het laat zich veeleer kenmerken als praktisch handelen, gesitueerd in concrete – materiële en sociale – omstandigheden. Het zijn niet louter medische gegevens en criteria die van belang zijn: daarnaast spelen ook elementen als ervaring en wensen van arts en patiënt, attitude, compliantie en materiële/financiële (on)mogelijkheden een rol. Het is de interactie tussen al deze elementen die het medisch handelen vorm geeft.^{17,18} Doordat de standaarden vrijwel uitsluitend de arts en de medische gegevens en criteria centraal stellen, zullen zij slechts een bescheiden rol kunnen spelen bij het terugdringen van variatie; zij vormen, *naast* de vele andere relevante elementen, een extra element in het medisch handelen.¹⁹

Daarnaast is het terugdringen van variatie niet per definitie gewenst.^{20,21} Uitzonderd situaties waarbij sprake is van het ontbreken van (voldoende) kennis, of van strikt gelijkwaardige opties, gaan standaarden ervan uit dat elk medisch probleem in principe één optimale behandeling kent. Deze tendens is elders getypeerd als de 'illusie van het singuliere antwoord'.²² De complexiteit van elke medische situatie maakt dat er zelden slechts één oplossing is, en dat 'optimaliteit' niet valt af te meten aan slechts één criterium. Zo geldt voor fragment B bijvoorbeeld dat de patiënt veel klachten ondervond ten gevolge van zijn verhoogde bloedglucosewaarde. Hoewel deze klachten werden veroorzaakt door de diabetes, was de balans op dat moment het probleem dat primair aandacht vereiste. De door de Standaard gepropageerde 'optimale' behandeling (het effect van dieet afwachten alvorens medicatie voor te schrijven), was in deze situatie dus niet optimaal.

Door te (h)erkennen dat medisch handelen voortkomt uit de interactie van zeer uiteenlopende elementen, kan men de variatie in de toepassing van Standaarden beter begrijpen. Mogelijk kan zelfs het nader onderzoeken en bespreekbaar maken van

(de legitimiteit van) variatie leiden tot meer uniformiteit in het huisartsgeneeskundig handelen.

Dankbetuiging

Dit artikel is gebaseerd op onderzoek vanuit de Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht.

Literatuur

- 1 Rutten GEHM, Thomas S, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 2 Meyboom-de Jong B. Standaarden voor huisartsgeneeskundig handelen: een goed begin, maar geen einde. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 2124-6.
- 3 Thomas S. De positie van standaarden en adviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 2638-40.
- 4 Thomas S. De positie van Standaarden en adviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 2638-40.
- 5 Fleuren MAH, De Haan M, Grol RPTM, Sips AJBI. Wordt de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam door huisartsen gevolgd? Huisarts Wet 1993; 36: 370-4.
- 6 Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Duboi V. Antibiotica bij acute keelpijn. Huisarts Wet 1992; 35: 701.
- 7 Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. Huisarts Wet 1989; 32: 494-7.
- 8 Konings GPJM, Rutten GEHM, Wijkel D. Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II. Huisarts Wet 1995; 13: 602-7.
- 9 Höppener P, Knottnerus A, Grol RPTM. Praktijkautomatisering en kwaliteitsbewaking. Huisarts Wet 1990; 33: 390-3.
- 10 Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995; 38: 10-4.
- 11 Strauss A, Fagenhaugh S, Suczek B, Wiener C. Social organization of medical work. Chicago: University of Chicago Press, 1985.
- 12 Berg M. Rationalizing medical work. Decision support techniques and medical practices. Cambridge, MA: MIT Press, 1997.
- 13 Silverman D. Communication and medical practice. London: Sage, 1987.
- 14 Berg M, De Vries GH. Besliskunde en de constructie van het medisch handelen. Med Contact 1991; 46: 702-4.
- 15 Meijman FJ. Veilig, en toch... Huisarts Wet 1996; 39: 412-4.
- 16 Anderson TF, Mooney G, editors. The challenges of medical practice variations. Basingstoke: MacMillan, 1990.
- 17 Eisenberg JM. Sociologic influences on decision-making by clinicians. Ann Intern Med 1979;

- 90: 957-64.
- 18 Clark JA, Potter DA, McKinlay JB. Bringing social structure back into clinical decision making. *Soc Sci Med* 1991; 32: 853-66.
 - 19 Berg M. Working with protocols. A sociological view. *Neth J Med* 1996; 49: 119-25.
 - 20 Leape L, et al. Does inappropriate use explain small-area variation in the use of health care services? *JAMA* 1990; 263: 669-72.
 - 21 Tape TG, et al. Use of clinical judgment analysis to explain regional variations in physicians' accuracies in diagnosing pneumonia. *Med Decis Making* 1991; 11: 189-97.
 - 22 Berg M. Problems and promises of the protocol. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1081-8.

Abstract

Stoop AP, Berg M, Dinant GJ. Between deviation from and rejection of guidelines: the standard 'Diabetes Mellitus type II' of the Dutch College of General Practitioners. *Huisarts Wet* 1998;41(1):5-9.

Objective To provide new insights in the phenomenon of medical practice variations by studying circumstances that led to deviations from the Standard 'Diabetes Mellitus type II'.
Design Exploratory, qualitative sociological research.

Setting General practitioners' offices in the south and the north of the Netherlands.

Method Ten general practitioners were interviewed in depth about the treatment of a small number of type II diabetic patients from these practices. Also medical sociological literature

was studied.

Results A wide variation was found between the general practitioners in application of the standard. The most important finding of this study is that medical practice situations may look very similar at first glance, but that they often appear to differ significantly when medical and situational circumstances are taken into account in more detail. Because of these differences patients often require an approach tailored to their unique situation.

Conclusion These insights lead to a reconsideration of some of the characteristics and aims of standards and the standards-policy.

Key words Medical practice variations; Standards.

Correspondence A.P. Stoop MA, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.