

# De NHG-standaarden en de praktijkvoering van de huisarts

J. DE HAAN

**De Haan J. De NHG-standaarden en de praktijkvoering van de huisarts. Huisarts Wet 1998; 41(1):16-8.**

**Doel** Inzicht verwerven in de de wenselijke en feitelijke situatie van de praktijkvoering van de huisarts.

**Vraagstelling** Wat zijn de wensen van huisartsen ten aanzien van bepaalde praktijkvoeringsaspecten en welke wensen zijn hiervan gerealiseerd?

**Methode** Binnen een onderzoek naar de consequenties van de NHG-standaarden voor de praktijkvoering is een enquête gehouden onder 350 huisartsen.

**Resultaten** Diverse instrumenten die vereist zijn voor het implementeren van NHG-standaarden blijken niet aanwezig in een aantal praktijken. Huisartsen willen meer taken delegeren dan ze feitelijk doen. Er is een duidelijke correlatie tussen praktijkvorm en de delegatie-index. In een samenwerkingsverband wordt meer gedelegeerd dan in een solo-praktijk. Meer dan de helft van de huisartsen is geen voorstander van categorale spreekuren.

**Conclusie** De wensen van de huisarts ten aanzien van de praktijkvoering reiken verder dan de feitelijke situatie in hun praktijk. In samenwerkingsverbanden (groepspraktijken en gezondheidscentra) is de praktijkvoering beter ingesteld op het implementeren van NHG-standaarden dan in solopraktijken.

Prof.dr. J. de Haan, huisarts, Kruisstraat 2, 8471 HH Wolvega.

## Inleiding

Algemeen wordt erkend dat de implementatie van de NHG-standaarden mede afhankelijk is van de wijze waarop huisartsen hun praktijk hebben georganiseerd. Een goede praktijkvoering bevordert de implementatie van medisch inhoudelijke richtlijnen en omgekeerd wordt het uitvoeren en delegeren van met name preventieve taken belemmerd door praktijkorganisatorische knelpunten.<sup>1-4</sup>

Slechts een enkele NHG-standaard bevat specifiek richtlijnen voor de praktijkvoering.<sup>5</sup> Het lijkt dan ook gewenst hieraan in de toekomst meer aandacht te besteden, zowel bij nieuwe als bij herzieningen van bestaande standaarden. Deze richtlijnen zullen zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de bestaande inzichten en werkwijzen van de huisarts; dat is de beste garantie dat zij in de praktijk ook zullen worden gevolgd.<sup>6,7</sup> Bij een aantal – voornamelijk op preventie gerichte – standaarden bleek dat de mening van huisartsen over preventie een belemmering vormde bij de implementatie van deze standaarden.<sup>4</sup> Hetzelfde gold met betrekking tot het delegeren van taken aan de assistente: een negatieve houding ten aanzien van het delegeren werkte remmend op het overdragen van taken.<sup>8,9</sup>

Voor het opstellen van richtlijnen voor de praktijkvoering is het dus van belang inzicht te hebben in de feitelijke praktijksituatie en in de houding van huisartsen ten aanzien van praktijkvoering. De vraagstelling van dit onderzoek luidt dan ook: wat zijn de wensen van huisartsen ten aanzien van bepaalde praktijkvoeringsaspecten en welke wensen hiervan zijn gerealiseerd.

## Methode

Voor de beantwoording van de vraagstelling is een enquête gehouden onder praktiserende huisartsen. Hiervoor is een steekproef genomen uit de ledenlijst van het Nederlands Huisartsen Genootschap. In totaal werden 350 vragenlijsten verzonden.

De enquête bevatte allereerst vragen

over persoonskenmerken. Daarnaast werden vragen gesteld over de *feitelijke* praktijkvoering en over de *wenselijk* geachte situatie. Deze vragen hadden met name betrekking op de richtlijnen van de eerste 40 NHG-standaarden.

- Met betrekking tot de *praktijkuitrusting* werd gevraagd naar de aanwezigheid van 19 instrumenten die nodig zijn om volgens de richtlijnen van de standaarden te kunnen werken. Om correlaties te kunnen berekenen is tevens per praktijk het aantal aanwezige instrumenten bepaald.

- Met betrekking tot het *praktijkgebouw* werd gevraagd naar de aanwezigheid van een aparte onderzoekkamer voor de assistente.

- Ten aanzien van het *delegeren* is in de eerste plaats gekeken naar onderwerpen in de standaarden die in aanmerking komen voor delegatie. Om het delegeren uit te drukken in één variabele, is gebruik gemaakt van de 'delegatie-index'. Deze index bestaat uit de som van de positieve scores op vijf verrichtingen: venapuncties, oren uitspuiten, hypertensiecontroles, hechtingen verwijderen en wratten aanstippen.<sup>9</sup> Daarnaast is gevraagd naar het geven van voorlichting en adviezen door de assistente; het ging hierbij om de indruk die de huisarts had van het werk van de assistente; in welke mate de assistente feitelijk voorlichting geeft en adviseert, is dus niet gemeten. Tenslotte is gevraagd naar het zelfstandig verrichten van een aantal typen consulten.

- Met betrekking tot de *praktijkorganisatie* is gevraagd naar de organisatie van categorale spreekuren.

## Resultaten

In totaal retourneerden 257 huisartsen de vragenlijst; hiervan bleken er 250 bruikbaar voor analyse (70 procent). De groep respondenten bestond voor 79 procent uit mannen en voor 21 procent uit vrouwen. Het aantal jaren werkzaam als huisarts varieerde van 1 tot 39 jaar met een gemiddelde van 12,6 jaren en een standaarddeviatie van 7,7. Slechts twee huisartsen hadden meer dan 30 jaar ervaring. Van de huisartsen werkte 48 procent als solist, 30 pro-

**Tabel 1** Aanwezigheid van instrumenten in de praktijk: wenselijke (W) en feitelijke (F) situatie. Percentages (n=250)

Instrumenten	W	F
Comedonenlepel	5	5
Piekstroommeter	90	93
Spirometer	23	15
Huidpriktest voor allergie	22	23
Oogboortje	88	85
Oogboldrukmeter	60	49
Kaartje met stenopeïsche opening	83	77
Amslerkaartje	66	62
Strips voor Schirmertest	51	40
Audiometer	51	45
Tympanometer	20	6
Doppler voor vaatonderzoek	24	20
Queteletschaal	78	76
Normogram voor nierfunctie	59	50
Materiaal voor bandageren	80	80
KOH-oplossing 10%	94	94
Klem of tampontang	94	95
Aanhaak of kogeltang	89	92
Uterussonde	77	84

**Tabel 2** Het delegeren van verrichtingen in de praktijk: wenselijke (W) en feitelijke (F) situatie. Percentages (n=250)

Verrichting	W	F
Venapuncties	67	63
Oren uitspuiten	87	63
Hypertensiecontroles	82	55
Hechtingen verwijderen	94	77
Wratten aanstippen	84	61
Injecties	93	87
Visus bepalen	63	11
Piekflowmeting	71	16
Audiogram maken	64	34
ECG maken	51	27
Doppleronderzoek benen	18	5
Enkel tappen	43	24
Compressieverband ulcus cruris	67	33
Herhaalrecept schrijven	89	88
Beoordelen urinesediment	86	76
Fluorpreparaat maken	44	15
Fluorpreparaat beoordelen	33	12
Selecteren en oproepen van risicopatiënten	70	36

**Tabel 3** Het geven van voorlichting door de praktijkassistente over drie onderwerpen: wenselijke (W) en feitelijke (F) situatie. Percentages (n=250)

Onderwerpen	W	F
Anticonceptie	71	48
Inhalatietechnieken cara	77	35
Urineweginfecties	84	74

**Tabel 4** De adviserende taak van de praktijkassistente: wenselijke (W) en feitelijke (F) situatie. Percentages (n=250)

Adviezen over	W	F
Acute diarree	92	91
Acute keelpijn	89	83
Influenza	90	86
Koorts bij kinderen	89	86
Oorpijn	85	80
Verkoudheid	93	90
Mictieklachten	75	66

**Tabel 5** Het zelfstandig verrichten van bepaalde consulten: wenselijke (W) en feitelijke (F) situatie. Percentages (n=250)

Consulten	W	F
Driemaandelijke caraccontroles	38	5
Driemaandelijke diabetescontroles	68	32
Controles patiënten met hypercholesterolemie	64	19
Controle patiënten met hypertensie	74	39
Vaccineren tegen influenza	89	72

**Tabel 6** Het houden van categorale spreekuren: wenselijke (W) en feitelijke (F) situatie. Percentage (n=250)

Spreekuur	W	F
Hypertensiepatiënten	27	5
Diabetespatiënten	44	17
Zwangeren	19	7
Carapatiënten	23	3
Patiënten met wratten	76	68

**Tabel 7** Scores per categorie: wenselijk (W) en feitelijk (F)

Categorie	W	F
Praktijkuitrusting (%)	63	60
Praktijkgebouw (%)	78	64
Delegeren		
- delegatie-index	4,1	3,2
- geven van voorlichting (%)	77	52
- geven van advies (%)	87	83
Praktijkorganisatie (%)	38	20

cent in een duopraktijk, 12 procent in een groepspraktijk en 10 procent in een gezondheidscentrum.

Aan de non-respondenten werden telefonisch enkele aantal persoons- en praktijkkenmerken gevraagd (geslacht, aantal jaren werkzaam als huisarts en werkzaam als solist of in samenwerkingsverband). Solisten bleken wat oververtegenwoordigd onder de non-responsgroep; voor het overige waren er geen noemenswaardig verschillen met de respondenten.

De uitkomsten van de enquête zijn weergegeven in de tabellen 1-6. Tabel 7 geeft een overzicht van de scores per categorie.

Er was geen significante samenhang tussen de *gewenste praktijkuitrusting* en de *praktijkvorm* ( $p=0,127$ ). Tussen de *feitelijke praktijkuitrusting* en de *praktijkvorm* bestond wel een geringe samenhang: groepspraktijken en gezondheidscentra waren het beste uitgerust ( $p=0,032$ ). Het verschil wordt vooral bepaald door het al of niet aanwezig zijn van een oogboldrukmeter, een tympanometer en een Doppler voor vaatonderzoek.

De *gewenste delegatie-index* is voor de solopraktijken 4,2, voor de duopraktijken 4,5, voor de groepspraktijken 4,5 en voor de gezondheidscentra 4,6. Het verschil tussen de solopraktijken en de andere praktijkvormen is niet significant ( $p=0,087$ ). Dat is anders voor de *feitelijke delegatie-index*. Voor de solopraktijken was die 2,8, voor de duopraktijken 3,3, voor de groepspraktijken 3,6 en voor de gezondheidscentra 4,3. Naarmate het samenwerkingsverband groter is, ligt de feitelijke delegatie-index hoger ( $p<0,001$ ). Dat geldt voor alle vijf onderdelen van de delegatie-index.

Er is geen samenhang tussen de *gewenste delegatie-index* en het aantal jaren ervaring als huisarts ( $p=0,161$ ). Hetzelfde geldt voor de samenhang tussen de *feitelijke delegatie-index* en het aantal jaren ervaring ( $p=0,974$ ).

## Beschouwing

De steekproef bestond alleen uit NHG-leden en is dus niet zonder meer representa-

tief voor de Nederlandse huisartsen. Wél stemt de groep respondenten qua praktijkvorm overeen met het landelijke beeld.<sup>10</sup> Het is dan ook aannemelijk dat de uitkomsten van dit onderzoek in grote lijnen gelden voor de totale beroepsgroep.

- Met betrekking tot de *praktijkuitrusting* blijkt dat vijf standaarden in nogal wat praktijken niet kunnen worden geïmplementeerd:

- Oogheelkunde (ontbreken van het kaartje met een stenopeïsche opening, een Amslerkaartje en strips voor een Schirmertest);
- Otitis media met effusie (ontbreken audiometer);
- Perifeer arterieel vaatlijden (ontbreken Doppler);
- Diabetes mellitus (ontbreken Quetelet-schaal en normogram);
- Enkeldistorsie (ontbreken materiaal voor bandageren).

Op het totaal van 40 NHG-standaarden valt dat nog wel mee.

De uitkomsten van dit onderzoek suggereren dat er ten aanzien van de praktijkuitrusting weinig verschil is tussen wat de huisartsen wensen en wat feitelijk in de praktijk aanwezig is: voor geen van de genoemde instrumenten is de discrepantie tussen 'wenselijk' en 'feitelijk' groter dan 15 procent.

Er is relatief weinig samenhang tussen de praktijkuitrusting en de praktijkvorm. In het algemeen zijn de praktijken goed uitgerust. In groepspraktijken en gezondheidscentra zijn de praktijkuitrustingscores het hoogst. Dat is conform eerdere bevindingen.<sup>11-13</sup>

- In 64 procent van de praktijken was een *onderzoekkamer* beschikbaar voor de praktijkassistente. Uit het feit dat 78 procent van de huisartsen dat wenselijk vindt, blijkt dat een deel van de praktijkgebouwen als te klein wordt ervaren. Eerdere onderzoeken bevestigden deze bevinding.<sup>9,11,12</sup> Het niet beschikbaar zijn van een werkruimte voor de assistente (36 procent van de praktijken) kan remmend werken op het delegeren van taken en dat is niet bevorderlijk voor het implementeren van NHG-standaarden.<sup>4</sup>

- Huisartsen willen meer medisch-tech-

nische taken *delegeren* dan ze feitelijk doen. Ook zou de huisarts de assistente meer willen inschakelen bij het geven van voorlichting. Bovendien willen huisartsen dat assistenten meer zelfstandig consulten gaan doen. Er is dus een discrepantie tussen wat de huisartsen graag willen en wat ze feitelijk delegeren. Voor het bevorderen van de implementatie van NHG-standaarden speelt het delegeren van taken een rol. Tijdsgebrek van de assistente en het niet beschikbaar zijn van een eigen werkruimte voor de assistente worden in de literatuur als remmende factoren genoemd.<sup>4,9,14</sup>

Er is een duidelijk verband tussen de praktijkvorm en de mate waarin taken aan de praktijkassistente wordt gedelegeerd. In groepspraktijken en gezondheidscentra wordt meer gedelegeerd dan in solo- en duopraktijken. In een samenwerkingsverband spelen de knelpunten voor het delegeren veel minder een rol. In een praktijk waar diverse assistentes werkzaam zijn, kan eenvoudiger tijd worden vrijgemaakt voor het zelfstandig werken van de assistente dan in solopraktijken. Bovendien is in een groepspraktijk dikwijls meer praktijkruimte beschikbaar voor de assistente.

- In het algemeen zijn huisartsen geen voorstander van categorale spreekuren. Behalve het wrattenspreekuur scoort geen enkele speciaal spreekuur boven een 'wenselijkheid' van 50 procent. Feitelijk liggen de percentages nog lager. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het werk van de huisarts daardoor eentoniger zou worden en dat de privacy van de patiënt mogelijk in gevaar komt.

### Conclusie

De wensen van huisartsen ten aanzien van de praktijkvoering reiken verder dan de feitelijke situatie in hun praktijk. Met name willen huisartsen meer delegeren. Daar er in de eerste 40 medische NHG-standaarden veel taken worden genoemd die door praktijkassistentes uitgevoerd kunnen worden, zou een stimulerend beleid ten aanzien van het delegeren een positieve bijdrage kunnen leveren aan het implementeren van NHG-standaarden. De huisarts zou over meer assistentie moeten kunnen beschikken.

In een aantal gevallen zal hiervoor het praktijkgebouw aangepast moeten worden. Het werken in een samenwerkingsverband biedt in dit perspectief grote voordelen.

### Literatuur

- 1 Conradi MH, Van Drenth BB, Hulscher MEJL, Grol R, Van der Wouden JC. Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk. Belemmeringen in de praktijkorganisatie. Med Contact 1992; 47: 1449-52.
- 2 Schraven DLM, Van den Hoogen H, Van Gerven W, Van Ree JW. Het RIFO-huisartsenproject nader beschouwd. Nijmegen: Nederlands Huisartsen Genootschap, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1986.
- 3 Drenthen AJM, Van den Hoogen JPH, Berden HJJM, Van Ree JW. Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk: beleid en praktijk. Hart Bulletin 1994; 25: 190-5.
- 4 Drenthen T, Van den Hoogen J. Implementatie en evaluatie van een Preventiepakket (prepak-project). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- 5 De Haan J. NHG-Standaarden en de consequenties voor de praktijkassistentie en praktijkvoering. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 6 Grol R, Tielens V, Mookink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. Huisarts Wet 1988; 31: 392-7.
- 7 Rutten GEHM, Thomas S, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 8 De Haan J, Meyboom WA, Dijkers FW. Handboek praktijkvoering. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- 9 Nijland A. De praktijkassistente. Progressie in professionalisering [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- 10 Hingstman L, Harmsen J. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: Nivel, 1994.
- 11 Van den Hombergh P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visatie van huisartspraktijken. Naar toetsing van praktijkvoering. Huisarts Wet 1995; 38: 169-74.
- 12 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen H, Van den Bosch W. Visatie van huisartsen. Eindrapportage. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit KUN-RL, 1995.
- 13 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. De uitrusting van de huisarts(praktijk). Huisarts Wet 1997; 40: 9-13.
- 14 Schraven DLM, Van Ree JW. Preventie van hart- en vaatziekten. Med Contact 1985; 40: 1159-62.