

Tilburg University

Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden?

Lugtenberg, M.; de Vries, P.R.; Evertse, A.J.; Zegers-van Schaick, J.M.; Westert, G.P.; Burgers, J.S.

Published in:
Huisarts en Wetenschap

Publication date:
2010

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Lugtenberg, M., de Vries, P. R., Evertse, A. J., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P., & Burgers, J. S. (2010). Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? *Huisarts en Wetenschap*, 53(1), 13-19.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden?

Marjolein Lugtenberg, Paul de Vries, Adrie Evertse, Judith Zegers-van Schaick, Gert Westert, Jako Burgers

Inleiding

Klinische richtlijnen worden beschouwd als belangrijke instrumenten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.¹ In de praktijk blijkt hun impact echter niet optimaal te zijn. Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat richtlijnen slechts een matig effect hebben op verandering van het zorgproces en dat er nog veel ruimte is voor verbetering.²⁻⁶ Zo schrijven huisartsen in ongeveer eenderde van de gevallen niet volgens de NHG-Standaarden voor. Dit percentage is in de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven.^{7,8} Bovendien blijken er grote verschillen te bestaan tussen huisartsen en tussen de standaarden.⁷⁻⁹

Om het navolgen van richtlijnen in de praktijk te bevorderen, wordt aanbevolen om een gedegen barrièreanalyse onder de doelgroep uit te voeren.^{10,11} Uiteenlopende barrières op verschil-

lende niveaus kunnen de implementatie van richtlijnen bemoeilijken, bijvoorbeeld op het niveau van de huisarts zelf, van de patiënt en van de organisatorische en sociale context.¹⁰⁻¹⁴ Een recente internationale review van kwalitatieve onderzoeken¹⁵ liet zien dat huisartsen zes soorten barrières ervaren bij de toepassing van richtlijnen: de inhoud van de richtlijnen; het *format* van de richtlijnen; de individuele ervaring van de huisarts; het behoud van de arts-patiëntrelatie; professionele verantwoordelijkheid en praktische belemmeringen.

Slechts enkele onderzoeken hebben gekeken naar meerdere richtlijnen tegelijk en hielden rekening met het scala aan barrières dat een rol kan spelen bij het naleven van richtlijnen.¹² Ook kijken richtlijnonderzoeken doorgaans naar barrières op het gebied van de richtlijn als geheel, en niet naar het niveau van de individuele

Samenvatting

Lugtenberg M, De Vries PR, Evertse AJ, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? *Huisarts Wet* 2009;53(1):13-9.

Inleiding Ondanks de bekendheid en acceptatie van NHG-Standaarden is het gebruik ervan door huisartsen niet optimaal. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we onderzocht welke barrières huisartsen ervaren bij de implementatie van aanbevelingen uit NHG-Standaarden in de praktijk.

Methoden We organiseerden 6 focusgroepen waaraan 30 huisartsen deelnamen (gemiddeld 7 per focusgroep). Uit 12 NHG-Standaarden hebben we 56 kernaanbevelingen afgeleid. In elke focusgroep werden de barrières bij de implementatie van de kernaanbevelingen van 2 NHG-Standaarden besproken. De focusgroepdiscussies werden opgenomen en getranscribeerd. Voor de analyse werd gebruikgemaakt van een bestaand model van barrières.

Resultaten De barrières varieerden sterk binnen NHG-Standaarden en elke kernaanbeveling kende een eigen combinatie van barrières. Veelgenoemde barrières waren: 'oneens zijn met de aanbeveling door een gebrek aan toepasbaarheid of gebrek aan bewijs' (68% van de kernaanbevelingen), 'omgevingsfactoren zoals organisatorische belemmeringen' (52%), 'gebrek aan kennis met betrekking tot de kernaanbevelingen' (46%) en 'richtlijnfactoren zoals onduidelijke of vaag geformuleerde aanbevelingen' (43%).

Beschouwing Ons onderzoek laat een breed scala barrières zien dat de implementatie van kernaanbevelingen in de praktijk bemoeilijkt. Om het gebruik van NHG-Standaarden in de praktijk te bevorderen zijn specifieke implementatiestrategieën nodig, gericht op het patroon van barrières van de individuele kernaanbevelingen. Daarnaast zouden NHG-Standaarden transparanter moeten zijn voor wat betreft het onderliggende bewijs en de toepasbaarheid van aanbevelingen en vraagt comorbiditeit in richtlijnen extra aandacht. Ten slotte kunnen focusgroepen worden beschouwd als een innovatief medium voor richtlijnonderwijs en implementatie.

Universiteit van Tilburg, Tranzo, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg: M. Lugtenberg, promovendus; J.M. Zegers-van Schaick, science practitioner; prof. dr. G.P. Westert, hoogleraar Kwaliteit van Zorg, tevens werkzaam bij het RIVM. Stichting KOEL: P.R. de Vries, huisarts en projectleider; A.J. Evertse, huisarts en directeur. UMC St Radboud, IQ healthcare: dr. J.S. Burgers, huisarts en senior onderzoeker.

Correspondentie: m.lugtenberg@uvt.nl

Mogelijke belangenverstremming: dit project werd mede gefinancierd door Stichting KOEL.²⁴

Dit artikel is een vertaling van: Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science* 2009;4:54. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- ▶ NHG-Standaarden hebben een grote bekendheid onder huisartsen en worden algemeen geaccepteerd.
- ▶ Toch worden de aanbevelingen niet optimaal geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen ervaren een breed scala aan barrières bij de implementatie van aanbevelingen uit NHG-Standaarden. De focus van de barrières verschilt tussen de NHG-Standaarden en elke kernaanbeveling laat een specifieke combinatie van barrières zien.
- ▶ Om de implementatie van aanbevelingen te bevorderen zijn specifieke implementatiestrategieën noodzakelijk, die zijn afgestemd op het patroon van barrières van de kernaanbevelingen.
- ▶ Meer transparantie voor wat betreft het onderliggende bewijs en de toepasbaarheid van aanbevelingen kan de implementatie van aanbevelingen bevorderen.
- ▶ Focusgroepen vormen een effectief medium voor richtlijneducatie en implementatie.

aanbevelingen binnen een richtlijn.¹⁶⁻¹⁹ De aanbevelingen binnen één richtlijn kunnen echter verschillende barrières oproepen. Dat maakt het zinvol om de analyse te richten op barrières van de individuele aanbevelingen, en zo de interventies ter bevordering van de implementatie van richtlijnen in de praktijk te optimaliseren.

In dit onderzoek zijn we nagegaan welke barrières huisartsen ervaren bij de implementatie van NHG-Standaarden door ons specifiek te richten op de kernaanbevelingen binnen de standaarden. Bestudering van een brede en diverse set van richtlijnen biedt inzicht in de meest prominente barrières die huisartsen ervaren bij het toepassen van NHG-Standaarden in de praktijk. Resultaten van dit onderzoek kunnen vervolgens worden gebruikt als input voor de ontwikkeling van op maat gemaakte implementatiestrategieën.

Methoden

Opzet van het onderzoek

We organiseerden zes focusgroepsessies van ieder twee uur, waarin twaalf NHG-Standaarden centraal stonden. Focusgroepen zijn bij uitstek geschikt om diepte-informatie te verkrijgen en om onderliggende cognities en motivaties te verkennen.²⁰⁻²³ Dit is met name van belang wanneer gedragsverandering wordt beoogd.

Selectie van NHG-Standaarden

We selecteerden de twaalf standaarden op basis van een vragenlijst die is afgenomen bij een expertpanel van huisartsen (n = 16). De huisartsen voor dit panel zijn gerekruteerd via Stichting KOEL, de organisatie die verantwoordelijk is voor nascholing van huisartsen in het Zuidwesten van Nederland.²⁴

Het expertpanel kreeg een overzicht van alle NHG-Standaarden die zijn gepubliceerd vanaf 2003, en werd gevraagd te beoordelen

(a) in hoeverre men het relevant vond het effect van de betreffende NHG-Standaard op de kwaliteit van zorg te bestuderen en (b) in hoeverre men een verbetering in de zorgkwaliteit verwachtte na implementatie van de betreffende NHG-Standaard. Daarnaast vroegen we hen 5 NHG-Standaarden te noemen die volgens hen prioriteit zouden moeten hebben als onderdeel van een richtlijnimplementatieonderzoek. Op basis hiervan zijn 12 NHG-Standaarden geselecteerd (tabel 1). Uit deze 12 NHG-Standaarden zijn vervolgens 56 kernaanbevelingen afgeleid (Appendix 1, zie website www.henw.org).

Tabel 1 Geselecteerde NHG-Standaarden

NHG-Standaard	Aantal kernaanbevelingen	Publicatiejaar
Astma bij kinderen	7	2006
Atriumfibrilleren	5	2003
Cardiovasculair risicomanagement	7	2006
CVA	5	2004
Depressieve stoornis (depressie)	5	2003
Het rode oog	3	2006
Rhinosinusitis	2	2005
Het soa-consult	4	2004
Slaapproblemen en slaapmiddelen	7	2005
Schildklierandoeningen	3	2006
TIA	3	2004
Urineweginfectie	5	2005

Selectie van deelnemers

Huisartsen werden geworven via de website en elektronische nieuwsbrief van Stichting KOEL. Zij konden zich aanmelden voor meerdere sessies en kregen 2 accreditatiepunten per sessie aangeboden. Alle 34 huisartsen die zich hadden opgegeven voor één of meerdere focusgroepen werden uitgenodigd; 30 van hen (88%) namen deel aan de focusgroepen (range 5-13). Tien huisartsen deden mee aan meer dan één focusgroep.

De helft van de deelnemende huisartsen was man. De meeste deelnemers waren tussen de 45 en 54 jaar oud (37%), werkten in een groepspraktijk (45%) en werkten in een dorp of kleine stad (39%). In vergelijking met de totale populatie van Nederlandse huisartsen²⁵ waren huisartsen uit groepspraktijken, dorpen en kleine steden licht oververtegenwoordigd.

Focusgroepsessies

De deelnemers ontvingen een week van tevoren een kopie van de kernaanbevelingen van de NHG-Standaarden. In elke focusgroepsessie werd een semi-gestructureerde discussie gevoerd over de barrières die de deelnemers ervaren bij de implementatie van de kernaanbevelingen van twee NHG-Standaarden. De sessies werden geleid door een huisarts met ruim vijftien jaar ervaring als huisarts en richtlijnmaker (JB) en een onderzoeker (ML). Een draaiboek met open vragen werd ingezet om de sessies te structureren. De zes focusgroepen werden tussen maart en juni 2008 gehouden bij Stichting KOEL in Zwijndrecht, en werden op band opgenomen.

Gegevensanalyse en -synthese

De focusgroepdiscussies werden getranscribeerd. Twee onderzoekers (ML en JZ) bestudeerden de transcripties onafhankelijk van

elkaar en classificeerden de uitspraken volgens het model van Cabana et al.¹² Dit model onderscheidt drie hoofdcategorieën barrières bij het volgen van richtlijnen: (1) barrières gerelateerd aan kennis, (2) barrières gerelateerd aan attitude (3) barrières gerelateerd aan gedrag. Deze hoofdgroepen zijn onderverdeeld in verschillende subcategorieën. Voor uitspraken die niet binnen de bestaande categorieën van het model pasten, formuleerden we additionele typen barrières (tabel 2). De onderzoekers vergeleken hun resultaten en bediscussieerden discrepanties totdat consensus werd bereikt. Zo nodig werd een derde onderzoeker (JB of GW) geconsulteerd.

In de synthese van gegevens is de kernaanbeveling de analyse-eenheid. Voor elke barrière uit het model berekenden we het aantal en het percentage van kernaanbevelingen waarop de barrière van toepassing was.

Resultaten

Waargenomen barrières

De huisartsen namen de volgende barrières waar (tabel 2):

- gerelateerd aan attitude: bij 91% van de kernaanbevelingen;
- gerelateerd aan gedrag: bij 82% van de kernaanbevelingen;
- gerelateerd aan kennis: bij 46% van de kernaanbevelingen.

Binnen deze drie hoofdcategorieën werden de volgende barrières het meest genoemd: het oneens zijn met de aanbevelingen (68% van de kernaanbevelingen), omgevingsfactoren (52%), gebrek aan kennis met betrekking tot de aanbevelingen (46%) en factoren gerelateerd aan de richtlijn of aanbeveling (43%). Tabel 3 toont de waargenomen barrières per NHG-Standaard.

Barrières gerelateerd aan kennis

Onvoldoende op de hoogte zijn van de aanbeveling

Huisartsen waren over het algemeen op de hoogte van het bestaan

van de NHG-Standaarden, maar waren niet (geheel) bekend met de inhoud van 46% van de kernaanbevelingen (tabel 2). Bij sommige kernaanbevelingen kenden huisartsen een deel van de aanbeveling, maar wisten dan bijvoorbeeld niet wat de exact aanbevolen dosis voor een medicijn was (box 1). Onvoldoende op de hoogte zijn van de aanbeveling werd het meest gerapporteerd voor de NHG-Standaarden TIA en Het soa-consult (tabel 3).

Box 1 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan kennis

Onvoldoende op de hoogte van aanbeveling

NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen

'Mag ik heel eerlijk zijn? Ik heb de standaard nooit gelezen, nooit bekeken, nooit ...'

NHG-Standaard CVA (KA 2)

'Ik kende die 160 mg acetylsalicylzuur gedurende twee weken niet[...]. Ik begin altijd gewoon met 80 mg.'

Barrières gerelateerd aan attitude

Oneens zijn met de aanbeveling

Het 'niet eens zijn met de aanbeveling' was de meest voorkomende barrière bij de huisartsen (68%), meestal omdat de aanbeveling niet goed toepasbaar was (57%, zie tabel 2). Huisartsen gaven aan dat de voordelen van toepassing vaak niet opwegen tegen de nadelen, of dat een aanbeveling niet toepasbaar was op een specifieke groep patiënten, zoals patiënten met comorbiditeit (box 2). Twijfel over het onderliggende bewijs en onbekendheid met het bewijs (23%) waren ook redenen om de aanbeveling niet te implementeren (box 2). Het oneens zijn met de aanbeveling kwam als barrière naar voren bij alle kernaanbevelingen van de NHG-Standaarden Rhinosinusitis, Schildklierandoeningen, TIA en Urineweginfecties (tabel 3).

Tabel 2 Barrières* die huisartsen ervaren bij de implementatie van kernaanbevelingen uit de geselecteerde NHG-Standaarden

Ervaren barrières	Kernaanbevelingen (n = 56)		NHG-Standaarden (n = 12)	
	n	%	n	%
Kennis	26	46	10	83
Gebrek aan kennis m.b.t. aanbeveling	26	46	10	83
– onvoldoende op de hoogte zijn van de aanbeveling	26	46	10	83
Attitude	51	91	12	100
Oneens zijn met de aanbeveling	38	68	12	100
– interpretatie/ gebrek aan bewijs†	13	23	9	75
– gebrek aan toepasbaarheid	32	57	12	100
Onvoldoende in staat denken te zijn de aanbeveling toe te passen	11	20	8	67
Gebrek aan uitkomstverwachting	17	30	10	83
Weerstand om te veranderen/ gebrek aan motivatie	15	27	8	67
Gedrag	46	82	12	100
Patiëntfactoren	22	40	11	92
– wensen en eisen van de patiënt	14	25	9	75
– (on)vermogen/ gedrag van patiënt†	11	20	8	67
Richtlijn-/aanbevelingsfactoren	24	43	11	92
– onduidelijk/ verwarrend†	18	32	11	92
– onvolledig/ verouderd†	8	14	4	33
– te complex†	3	5	3	25
Omgevingsfactoren	29	52	12	100
– gebrek aan tijd/ tijdsdruk	7	13	5	42
– gebrek aan/ onhandige materialen/ apparatuur	7	13	5	42
– organisatorische belemmeringen	20	36	11	92
– gebrek aan financiële vergoeding	2	4	2	17

* Barrières zijn geclassificeerd volgens model van Cabana et al. (1999); † Additionele typen subbarrières

Onvoldoende in staat denken te zijn de aanbeveling toe te passen

Bij 20% van de kernaanbevelingen gaven de huisartsen aan het gevoel te hebben de aanbevelingen niet adequaat te kunnen toepassen in de praktijk. Reden is dat men de vaardigheden hiervoor mist door gebrek aan training of ervaring. Men had hierbij vaak meer vertrouwen in de expertise van andere zorgverleners (box 2). Dit type barrière werd het meest genoemd voor de kernaanbevelingen van de NHG-Standaarden Schildklierandoeningen en Het soa-consult (tabel 3).

Box 2 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan attitude

Gebrek aan toepasbaarheid – voordelen wegen niet op tegen de nadelen

NHG-Standaard Urineweginfectie (KA 4)

'Ik geef meestal ciprofloxacine 10 dagen [...], omdat augmentin naar mijn gevoel toch wel slecht verdragen wordt.'

Gebrek aan toepasbaarheid – niet toepasbaar op patiëntenpopulatie

NHG-Standaard Depressieve stoornis (KA1)

'Het probleem is natuurlijk dat je in de dagelijkse praktijk geen zuivere depressies of zuivere angst- en paniekstoornissen ziet. Er zijn altijd overlappingen mogelijk. En dan is er toch onduidelijkheid.'

Interpretatie/gebrek aan bewijs – gebrek aan bewijs

NHG-Standaard Atriumfibrilleren (KA3)

'Ik doe alleen TSH. Kijk, als ik nou de zin zou zien van een laag Hb en glucose, want wat dat met een AF te maken heeft, ik zie dat niet....'

Onvoldoende in staat denken te zijn een aanbeveling toe te passen

NHG-Standaard Schildklierandoeningen (KA 2)

'Ik heb geen ervaring met het behandelen van hyperthyroidie en ik zie er maar een paar per jaar... Tja, en dan vind ik het toch een beetje mager om daar mee aan de gang te gaan.'

Gebrek aan uitkomstverwachting

NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen (KA 6)

'...als HAI0 dacht ik: kom we gaan ze eraf halen, maar nu hoor ik van iedereen: nee, niet doen, niet aan beginnen, dat kost alleen maar zoveel energie, dat levert helemaal niets op. En dan op een gegeven moment denk je van: nou, laat ook maar.'

Weerstand/moeite om bestaande praktijken te veranderen

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (KA 4)

'In de nieuwe standaard staat dat je moet kijken naar de systolische druk [...]. In mijn hoofd zit toch dat je naar de diastolische druk kijkt. En dan voel ik me even schuldig als ik dan net iemand met 150 zie [...]. Dat vind ik wel een beetje... een hele grote omschakeling.'

Gebrek aan uitkomstverwachting

Bij 30% van de kernaanbevelingen waren huisartsen het op zich eens met de inhoud van de aanbeveling, maar geloofden ze niet dat toepassing ervan daadwerkelijk zou leiden tot betere resultaten voor de patiënt (box 2). Gebrek aan uitkomstverwachting werd met name gerapporteerd voor de kernaanbevelingen uit de NHG-Standaarden Rhinosinusitis, Astma bij kinderen en Slaapproblemen en slaappmiddelen (tabel 3).

Weerstand om bestaande praktijken te veranderen/ gebrek aan motivatie

Huisartsen gaven bij 27% van de kernaanbevelingen aan dat ze moeite hadden om bestaande gewoontes en routines aan te passen of dat ze onvoldoende gemotiveerd waren om bestaande praktijken te veranderen (box 2). Dit type barrière werd vooral genoemd voor de NHG-Standaarden Het rode oog en Cardiovasculair risicomanagement (tabel 3).

Barrières gerelateerd aan gedrag

Patiëntfactoren

Voor 40% van de kernaanbevelingen werden patiëntfactoren waargenomen als barrière. Meestal (25%) omdat de aanbevelingen uit de NHG-Standaard volgens de huisartsen zouden botsen met de wensen en voorkeuren van de patiënten (tabel 2). Ook het (on)vermogen en het gedrag van een patiënt werden in dit verband genoemd (20%). Patiënten zijn bijvoorbeeld niet in staat een benodigde handeling uit te voeren of komen niet opdagen bij een vervolgspraak (box 3). Patiëntfactoren werden vooral als barrière genoemd voor de NHG-standaarden Rhinosinusitis, Het rode oog en Schildklierandoeningen (tabel 3).

Richtlijn-/ aanbevelingsfactoren

Factoren die zijn gerelateerd aan de aanbeveling of richtlijn werden bij 43% van de kernaanbevelingen gerapporteerd als barrière

Tabel 3 Ervaren barrières bij de implementatie van kernaanbevelingen per NHG-Standaard

NHG-Standaard (aantal kernaanbevelingen)	Kennis		Attitude		Weerstand om te veranderen/ gebrek aan motivatie	Patiëntfactoren	Gedrag	
	Onvoldoende op de hoogte zijn van aanbeveling	Oneens zijn met aanbeveling	Onvoldoende in staat denken te zijn aanbeveling toe te passen	Gebrek aan uitkomstverwachting			Richtlijn-aanbevelingsfactoren	Omgevingsfactoren
Astma bij kinderen (7)	+	++	--	+	--	-	+	-
Atriumfibrilleren (5)	--	+	--	--	-	--	+	++
Cardiovasculair risicomanagement (7)	--	-	--	--	+	-	-	-
CVA (5)	+	++	-	-	--	--	++	--
Depressieve stoornis (depressie) (5)	--	+	--	--	--	-	--	--
Het rode oog (3)	-	+	-	-	+	+	--	++
Rhinosinusitis (2)	--	++	--	++	--	++	+	+
Het soa-consult (4)	++	+	+	-	+	+	++	+
Slaapproblemen en slaappmiddelen (7)	+	-	--	--	--	-	--	-
Schildklierandoeningen (3)	+	++	+	--	--	+	-	++
TIA (3)	++	++	-	-	-	-	-	-
Urineweginfectie (5)	+	++	--	--	-	--	-	++
Gemiddelde 12 NHG-Standaarden (4,7)	-	+	--	-	-	-	-	+

-- barrière relevant voor 0 tot 25% van de kernaanbevelingen; - barrière relevant voor 25 tot 50% van de kernaanbevelingen; + barrière relevant voor 50 tot 75% van de kernaanbevelingen; ++ barrière relevant voor 75 tot 100% van de kernaanbevelingen

(tabel 2). De meest genoemde bezwaren waren: de aanbevelingen zijn onduidelijk of verwarrend (32%), geven niet alle relevante informatie of zijn verouderd (14%), of zijn te complex (5%) (box 4). Deze barrières werden het meest genoemd voor de NHG-Standaarden Het soa-consult, CVA en Astma bij kinderen (tabel 3).

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren waren de meest genoemde barrières gerelateerd aan gedrag (52%, tabel 2). Daarbij ging het vooral om organisatorische belemmeringen (36%), vaak buiten de eigen praktijk – zoals logistieke problemen op de huisartsenpost. Ook werden organisatorische belemmeringen binnen de eigen praktijk gerapporteerd, zoals gebrek aan communicatie of een gebrek aan opleiding of vaardigheden van praktijkassistenten. Organisatorische belemmeringen tussen organisaties waren een onduidelijke taakverdeling tussen organisaties en een gebrek aan samenwerking met specialisten in ziekenhuizen (box 5).

Overige omgevingsgerelateerde barrières waren gebrek aan tijd (13%) en een gebrek aan materialen en apparatuur (13%) (box 5). Dit type barrière werd voornamelijk genoemd bij de NHG-Stan-

Box 3 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan gedrag: patiëntfactoren

Patiëntfactoren – Wensen en eisen van de patiënt
NHG-Standaard Rhinosinusitis (KA2)

‘Het probleem zit meer in het algemene spanningsveld van mensen die wat willen. De patiënten die verwachten dat jij antibioticum voorschrijft. Daar zit soms frictie in ja.’

Patiëntfactoren – (on)vermogen en gedrag van de patiënt
NHG-Standaard Astma bij kinderen (KA2)

‘Nou ja, sommige kinderen kunnen hele mooie curven blazen, maar bij een heel groot deel klopt er helemaal niets van dus daar doe je vervolgens eh... Nou ja, bij sommige kinderen lukt het gewoon niet.’

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (KA 7)

‘Ja, ik probeer het wel. Maar er zijn er ook altijd patiënten die zich eraan onttrekken en niet komen opdagen. Altijd. Ook met medicijnen.’

Box 4 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan gedrag: richtlijn-/aanbevelingsfactoren

Richtlijn-/aanbevelingsfactoren – Onduidelijk/ verwarrend
NHG-Standaard Astma bij kinderen (KA1)

‘Ik heb de aanbeveling [over RAST-test bij kinderen tot zes jaar] wel vijf keer gelezen, maar toen snapte ik 'm nog niet!’

Richtlijn-/aanbevelingsfactoren – Onvolledig/ verouderd
NHG-Standaard CVA (KA1)

‘Ja, ik denk dat deze aanbeveling met de huidige stand van zaken echt niet meer kan... Eigenlijk zegt iedereen in Nederland op dit moment, dat moet je niet doen, die mensen moeten zo snel mogelijk naar de stroke-service... Het zijn volgens mij gewoon verouderde inzichten die erin staan.’

daarden Het rode oog, Schildklieraandoeningen, Atriumfibrilleren en Urineweginfecties (tabel 3).

Beschouwing

Ons onderzoek laat zien dat huisartsen een breed scala aan barrières ervaren bij het toepassen van de kernaanbevelingen uit NHG-Standaarden in de praktijk. De focus van de barrières verschilt tussen de NHG-Standaarden en elke kernaanbeveling heeft een eigen combinatie van barrières. Meervoudige interventies die zijn afgestemd op de specifieke combinatie van barrières van de verschillende kernaanbevelingen, lijken daarom nodig om de implementatie van NHG-Standaarden in de praktijk te bevorderen. De meest voorkomende barrière was dat huisartsen het niet eens waren met aanbevelingen uit de NHG-Standaarden. Zij twijfelden aan het onderliggende wetenschappelijke bewijs of vonden het onvoldoende duidelijk waarom ze een aanbeveling moesten

Box 5 – Voorbeelden van barrières gerelateerd aan gedrag: omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren – Organisatorische belemmeringen (buiten eigen praktijk)

NHG-Standaard Urineweginfectie (KA 1)

‘Moet je dan dus in het weekend die dipslide inzetten? Dat is heel vervelend want als je op zondag iemand hebt die dat doet, moet je op maandag iemand hebben die die dipslide afleest.’

Omgevingsfactoren – Organisatorische belemmeringen (binnen eigen praktijk)

NHG-Standaard Het rode oog (KA2)

‘Ik zou dat [antibioticum] wel willen verminderen ja, en dan zit voornamelijk de bottleneck denk ik bij de telefonisch aangevraagde recepten ... Daar zit een groot verbeterpunt ja. Want de assistente die denkt dat er altijd wat aan moet gebeuren, dat er altijd wat moet voorgeschreven worden.’

Omgevingsfactoren – Organisatorische belemmeringen (tussen organisaties)

NHG-Standaard CVA (KA 4/5)

‘Het is ook onduidelijk wat het ziekenhuis doet en wat er nog blijft liggen voor ons als patiënten terug naar huis gaan. Het zou mooi zijn als er een formeel overdrachtsmoment is.’

Omgevingsfactoren – Gebrek aan tijd/ tijdsdruk

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (KA 1/2)

‘Prachtig, als we dat allemaal kunnen doen in cardiovasculair risicomanagement, tsjongejonge, maar dat is wel een dagtaak erbij voor mij en voor de praktijkondersteuner.’

Omgevingsfactoren – Gebrek aan/ onhandige materialen en apparatuur

NHG-Standaard Het soa-consult (KA 3)

‘Er zijn dus per test verschillende media en dat is heel onhandig... En bij die uitstrijkjes moet je weer een medium hebben dat je maar kort kan bewaren...’

toepassen. Daarnaast vonden veel huisartsen dat de aanbevelingen slecht toepasbaar zijn in de praktijk door de heterogeniteit van patiëntpopulaties. In eerdere onderzoeken bleek al dat een beperkte toepasbaarheid het naleven van richtlijnen belemmert, zeker bij patiënten met comorbiditeit.^{18,26,27} Richtlijnen zijn doorgaans ziektespecifiek en excluderen patiënten met complexe problematiek.²⁸⁻³¹ Meer onderzoek is nodig om na te gaan hoe comorbiditeit in richtlijnen kan worden verwerkt, om zo de toepasbaarheid van aanbevelingen in richtlijnen te vergroten.^{29,30,32} Omgevingsgerelateerde barrières, in het bijzonder organisatorische belemmeringen, werden vaak gerapporteerd als barrière. Deze belemmeringen hadden vooral betrekking op logistieke problemen binnen de eigen praktijk of op de huisartsenpost. Net als in eerdere onderzoeken^{17,33-36} noemde men daarnaast de gebrekkige samenwerking en afstemming met andere zorgverleners als probleem. Verbeterpunten zijn het beter organiseren van de zorg en het verbeteren van multiprofessionele samenwerking. Standardiseren van processen en procedures en afspraken maken tussen verschillende groepen zorgverleners op het gebied van doorverwijzing en follow-up, zouden hieraan bij kunnen dragen. De huisartsen in ons onderzoek waren over het algemeen op de hoogte van het bestaan van de NHG-Standaarden, mede omdat ze een vast onderdeel van de nascholing vormen. Toch bleken de huisartsen bijna de helft van de kernaanbevelingen uit de geselecteerde NHG-Standaarden niet (goed) te kennen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de hoeveelheid richtlijnen waarmee huisartsen worden geconfronteerd; jaarlijks worden er acht tot tien nieuwe standaarden of herzieningen geproduceerd. Het op regelmatige basis organiseren van focusgroepen onder huisartsen zou de kennis over NHG-Standaarden kunnen bevorderen. De huisartsen in ons onderzoek waardeerden de focusgroepen zeer en zagen ze als een effectief medium voor richtlijnonderwijs en -implementatie. De effectiviteit van interactieve educatie met actieve betrokkenheid en participatie is eerder aangetoond.³⁷⁻³⁹ Stichting KOEL heeft het concept van de focusgroepen tot speerpunt gemaakt in haar periodieke bijscholingsprogramma voor huisartsen en praktijkmedewerkers.

Ook factoren op het gebied van de aanbeveling of richtlijn zelf werden genoemd als barrière bij de implementatie. Huisartsen geven de voorkeur aan korte aanbevelingen, die eenvoudig te begrijpen zijn.^{12,40} De uitdaging ligt dus in het produceren van simpele en duidelijke aanbevelingen die tegelijkertijd rekening houden met de complexe problemen die huisartsen in de dagelijkse praktijk zien. De presentatie van richtlijnen in meerdere *formats*, zoals algoritmes, samenvattingen van een of twee pagina's en elektronische versies met hyperlinks naar meer gedetailleerde informatie, zou in de uiteenlopende behoeften van artsen en patiënten kunnen voorzien.^{40,41}

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Een eerste sterk punt van ons onderzoek is de inclusie van een groot aantal NHG-Standaarden die allemaal zijn geproduceerd in een lang bestaand richtlijnprogramma. De meeste kwalita-

tieve onderzoeken beperken zich tot een specifiek onderwerp en includeren slechts een of twee richtlijnen.^{18,19,40,42,43} Ten tweede is onze barrièreanalyse specifiek gericht op de kernaanbevelingen in plaats van op richtlijnen als geheel. Dit levert gedetailleerdere informatie op die nodig is om het gebruik van NHG-Standaarden in de praktijk te bevorderen. Professionele organisaties, regionaal of landelijk, kunnen deze informatie gebruiken om meervoudige interventies te ontwikkelen die specifiek zijn gericht op de aanbevelingen in de richtlijn. Ten slotte kunnen richtlijnontwikkelaars de resultaten van ons onderzoek gebruiken bij het updaten van de richtlijnen om zo de acceptatie en implementeerbaarheid van hun aanbevelingen te vergroten.

Ons onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Ten eerste hebben we de mening verzameld van een relatief klein aantal huisartsen, waarbij huisartsen in groepspraktijken en dorpen en kleine steden licht oververtegenwoordigd bleken te zijn.²⁵ Doel van ons onderzoek was echter om mogelijke barrières kwalitatief op te sporen en niet zozeer het kwantificeren van hun relatieve belang bij een representatieve groep huisartsen. Resultaten van dit onderzoek worden gebruikt als input voor een vragenlijstonderzoek bij een grotere groep huisartsen om onze resultaten te kwantificeren. Ten tweede includeerden we in onze focusgroepen alleen huisartsen en geen andere zorgverleners. Sommige barrières zijn echter gerelateerd aan het handelen van praktijkassistenten of praktijkondersteuners; daarom lijkt het zinvol om andere zorgverleners in de toekomst ook in focusgroepen te betrekken. Focusgroepen blijken een effectieve methode om informatie over barrières te verzamelen. De resultaten geven inzicht in de redenen waarom huisartsen aanbevelingen uit de NHG-Standaarden niet optimaal volgen en bieden zinvolle suggesties voor verbeteringen. Ook laten ze zien dat bij een individuele aanbeveling meerdere barrières een rol kunnen spelen. Een gedetailleerde barrièreanalyse, zoals uitgevoerd in dit onderzoek, biedt mogelijkheden om meervoudige, barrièregestuurde en op maat gemaakte implementatiestrategieën te ontwikkelen die het gebruik van NHG-Standaarden in de praktijk bevorderen.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken alle huisartsen die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en de medewerkers van Stichting KOEL die hebben geholpen met het werven van huisartsen en het faciliteren van de focusgroepsessies.

Literatuur

- 1 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsey CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.
- 2 Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
- 3 Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality Health Care* 1995;4:55-64.
- 4 Grimshaw J, Eccles M, Ruth T, MacLennan GS, Ramsay CR, Fraser C et al. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006;21 S14-20.

- 5 Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001;286:2578-85.
- 6 Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009;18:385-92.
- 7 Braspenning J, Schellevis F, Grol R. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Nijmegen/ Utrecht: WOK/ NIVEL 2004.
- 8 Van Dijk L, Volkens A, Wolters I, De Bakker D. Het gebruik van elektronische formularia in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 2008.
- 9 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Van Roosmalen M, Braspenning JCC. De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL 2005.
- 10 Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997(7105):418-21.
- 11 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 12 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
- 13 Foy R, Walker A, Penney G. Barriers to clinical guidelines: The need for concerted action. *Br J Clin Gov* 2001;6:167-74.
- 14 Pagliari H, Kahan J. Researching perceived barriers and facilitators to implementation: a coded review of studies. In: Thorsen T, Mäkelä M, eds. *Changing professional practice*. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research 1999:169-90.
- 15 Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007;57:971-8.
- 16 Boivin A, Legare F, Gagnon M-P. Competing norms: Canadian rural family physicians' perceptions of clinical practice guidelines and shared decision-making. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:79-84.
- 17 Kasje WN, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2002;14:509-18.
- 18 Smith L, Walker A, Gilhooly K. Clinical guidelines of depression: a qualitative study of GPs' views. *J Fam Pract* 2004;53:556-61.
- 19 Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract* 2001;18:359-63.
- 20 Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.
- 21 Murphy E, Mattson B. Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven? *Fam Pract* 1992;9:85-91.
- 22 Mays N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.
- 23 Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2.
- 24 Stichting Kwaliteit en Opleiding Eerstelijnszorg (KOEL). (accessed 2009) Available from: www.stichtingkoel.nl.
- 25 Hingstman L, Kenens RJ. *Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2007*. Utrecht: NIVEL 2007.
- 26 Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157:408-16.
- 27 Francke A, Smit M, De Veer A, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:38.
- 28 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff* 2006;25:w555-71.
- 29 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.
- 30 Tinetti ME, Bogardus ST Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870-4.
- 31 Shaneyfelt TM, Centor RM. Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night. *JAMA* 2009;301:868-9.
- 32 Durso SC. Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *JAMA* 2006;295:1935-40.
- 33 Kasje WN, Denig P, De Graeff PA, Haaijer-Ruskamp FM. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2004;16:229-36.
- 34 Berendsen AJ, Benneker W, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPI, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2006;6:155.
- 35 Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice* 2005;6:18.
- 36 Heideman J, Laurant M, Verhaak P, Wensing M, Grol R. Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact. *J Eval Clin Pract* 2007;13:860-6.
- 37 Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
- 38 Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867-74.
- 39 O'Brien M, Freemantle N, Oxman A, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;1:pc118.
- 40 Cabana MD, Ebel BE, Cooper-Patrick L, Powe NR, Rubin HR, Rand CS. Barriers pediatricians face when using asthma practice guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:685-93.
- 41 Hayward RSA, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;156:1715-23.
- 42 Schers HMGP, Wensing MP, Huijsmans Z, van Tulder MP, Grol RP. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain: a qualitative study. *Spine* 2001;26:E348-53.
- 43 Schouten JA, Hulscher MEJL, Natsch S, Kullberg B-J, Meer JWM, Grol RPTM. Barriers to optimal antibiotic use for community-acquired pneumonia at hospitals: a qualitative study. *Quality Saf Health Care* 2007;16:143-9.