

NHG-standaarden geanalyseerd op helderheid en consistentie

N.P. VAN DUIJN
I.M. HOFMANS-OKKES

Van Duijn NP, Hofmans-Okkes IM. NHG-standaarden geanalyseerd op helderheid en consistentie. Huisarts Wet 1994; 37(5): 181-7.

Samenvatting Consistentie is een belangrijke voorwaarde voor een goede standaard: inconsistente kan gemakkelijk tot misverstanden leiden; consistente standaarden daarentegen kunnen bijdragen aan een heldere discussie over gewenst huisartsgeneeskundig handelen. Alle 29 medische standaarden die tot en met 1992 zijn gepubliceerd, zijn aan de hand van vijf criteria geanalyseerd op helderheid en consistentie. De resultaten van de analyse laten zien dat in sommige standaarden het concept niet expliciet is beschreven; soms ook verandert het beschreven concept in de loop van het betoog. Dit leidt tot inconsistenties in diagnostische criteria en geadviseerd beleid. Andere inconsistenties worden veroorzaakt door het verwarren van verschillende typen diagnoses, van klachten met diagnoses en van de vraag van de patiënt met het medisch probleem. Acht van de dertien standaarden uit 1989 en 1990 voldoen aan de gestelde criteria, en veertien van de zestien standaarden uit 1991 en 1992.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Dr. N.P. van Duijn, huisarts-epidemioloog;
Dr. I.M. Hofmans-Okkes, coördinator research.
Correspondentie: Dr. N.P. van Duijn.

Inleiding

'Get friends to criticize'
R. Robinson¹

Een NHG-standaard is een richtlijn voor huisartsgeneeskundig handelen.² Een dergelijke standaard dient formeel *consistent* te zijn: de gehanteerde begrippen, termen en criteria, en de argumentatie moeten een logisch samenhangend geheel vormen dat maar voor één uitleg vatbaar is. Is een standaard formeel inconsistent, dan kan dat makkelijk leiden tot vakinhoudelijke onjuistheden.

In dit artikel doen we een poging NHG-standaarden te beoordelen op formele consistentie, waarbij het accent ligt op de helderheid van de begripsomschrijving en de nauwkeurigheid van de gedefinieerde termen (*kaders* op pp. 182 en 183).^{1,3-5} Het gaat daarbij dus om de *vorm* en de *structuur* en niet om de inhoud of de stijl.⁶

Bij de beoordeling van een standaard speelt steeds ook de vraag een rol of een standaard zich bezighoudt met een 'puur medisch probleem', waarbij niet of nauwelijks op de inbreng van de patiënt wordt ingegaan, of om een expliciete vraag of klacht van de patiënt waarbij patiëntvoorkeuren ook aandacht moeten krijgen.⁷⁻⁹ In dit artikel wordt een dergelijk probleem alleen waar nodig aangestipt.

De vraagstellingen zijn:

- 1 Is het *begrip* waar de standaard over gaat, expliciet en helder omschreven?
- 2 Wordt het omschreven *begrip* in de tekst van de hele standaard consequent gehandhaafd?
- 3 Zijn de *termen* gedefinieerd?
- 4 Worden de verschillende *soorten diagnoses* voldoende onderscheiden?

Methode

Het onderzoek had betrekking op alle standaarden met een medisch-inhoudelijk onderwerp die in de jaren 1989-1992 in *Huisarts en Wetenschap* zijn gepubliceerd (M01 t/m M29).^{*} De standaarden Bereikbaarheid/Beschikbaarheid, De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn en Medische Verslaggeving zijn buiten beschouwing

gelaten, vanwege hun afwijkend karakter. Deze 29 standaarden zijn aan de hand van de bovengenoemde vragen (criteria) geanalyseerd op hun helderheid en consistentie. Het beredeneerde antwoord op deze vragen kan luiden: ja, nee, of min of meer.

Het zoeken van een antwoord op deze vragen werd gekenmerkt door veel persoonlijke beoordelingsmomenten, bestaande uit besprekingen, schrijf- en herschrijfronden, en consultaties van collega's. Een onafhankelijke herbeoordeling door anderen, gevolgd door een berekening van de mate van overeenstemming, heeft niet plaatsgevonden. De controlebaarheid van de gegevens is echter maximaal: iedere lezer kan de standaarden raadplegen.

Resultaten

De resultaten zijn weergegeven in de *tabel*. De laatste twee kolommen van de tabel rubriceren de aard van het begrip en geven de oriëntatie aan van de definiëring van de term.

- In de standaard *Diabetes Mellitus type II* worden de termen *diabetes* en *gestoorde glucosetolerantie* gedefinieerd met behulp van diagnostische criteria; de onderliggende begrippen worden echter niet expliciet besproken. Wellicht hierdoor zijn de adviezen voor controle bij gestoorde glucosetolerantie onduidelijk gebleven. Volgens de tekst kan gestoorde glucosetolerantie zowel een risicofactor als een vorm van diabetes zijn. Deze tweeslachtigheid was te vermijden geweest door een omschrijving van het begrip diabetes in de Inleiding, met gebruikmaking van bijvoorbeeld een continuüm met afkappunten voor criterium-glucosewaarden. Voor het overige voldoet deze standaard aan de criteria.

- In de standaard (*Dreigende*) *Miskraam* wordt het begrip *miskraam* omschreven

* De onderzochte standaarden zijn niet vermeld in de literatuurlijst. De lezer kan ze desgewenst gemakkelijk vinden via de registers van *Huisarts en Wetenschap* en via de klapper met samenvattingen van de standaarden.

als een bewezen diagnose abortus completus in het eerste trimester. Het begrip *dreigende miskraam* wordt echter niet omschreven, en in het stuk verschuift het accent van 'dreigende miskraam' steeds meer naar 'bewezen miskraam'. Dit leidt tot inconsistenties. Het bewaren van stolsels voor patholoog-anatomisch onderzoek bijvoorbeeld wordt in beginsel niet geadviseerd, terwijl hierover in de paragraaf 'Tussentijds consult' wel gesproken wordt. 'Entree-klachten' worden wel genoemd, maar niet nader geëxpliciteerd, en contactredenen, resultaten van de anamnese en diagnostische criteria worden op één hoop geveegd. Bij de prognose worden kenmerken genoemd die enerzijds geen consequenties hebben, maar anderzijds wel tot gerechtvaardigde geruustelling kunnen leiden. De begripsomschrijvingen zijn dus niet consistent.

- De standaard *Enkeldistorsie* gaat in het diagnostische deel over enkelklachten door een bewegingstrauma, maar in het therapeutische deel over enkeldistorsie. De standaard had misschien beter 'Enkelklachten door een bewegingstrauma' kunnen heten; in het interventie-deel hadden dan de behandeling van een distorsie en de criteria voor een verwijzing wegens een (mogelijke) fractuur geëxpliciteerd kunnen worden. Wellicht had een dergelijke begripsomschrijving geleid tot het duidelijker naast elkaar zetten van priorkansen en diagnostische criteria van distorsie en fractuur, en de verschillende therapeutische consequenties. De aanzet voor criteria is wel aanwezig in de paragrafen Anamnese en Lichamelijk onderzoek, maar de klinische betekenis van de bevindingen ontbreekt nogal eens.

- In de standaard *Urineweginfecties* staat het ziektebegrip goed omschreven in de paragrafen Inleiding en Diagnostiek, inclusief (dat is de consequentie van de begripsomschrijving!) de asymptomatische urineweginfectie. De term 'urineweginfecties' wordt gedefinieerd in de vorm van een algoritme in de samenvatting van de paragraaf Diagnostiek. In deze standaard valt de vraag van de patiënt samen met het

medisch probleem, doordat de asymptomatische bacteriurie wordt uitgesloten.

- In de standaard *Problematisch Alcoholgebruik* is het onderwerp een medisch probleem: mogelijk schadelijk gedrag van de patiënt. De vraag is echter om wiens probleem het hier gaat. De patiënt moet overtuigd worden van wat de huisarts als een probleem ziet, ook als de patiënt niet geholpen wil worden (paragraaf 'Het motiveren'). Het achterliggende begrip is omschreven, maar een definitie van de gebruikte termen ontbreekt. Er wordt slechts een groot aantal risicofactoren opgesomd en de diagnostische consequenties ontbreken. De redactie van de paragraaf 'Het bevestigen van het vermoeden' suggereert dat de CAGE-test wel handig is, maar niet als diagnosticum gebruikt mag worden. De patiënt stelt uiteindelijk de diagnose vast door een bevestiging van het vermoeden van de huisarts. De mening van de alcoholicus is dus de gouden standaard voor de diagnose alcoholisme.

Het is jammer – zij het wel begrijpelijk – dat het juist in deze standaard over problematisch gedrag van patiënten niet gelukt is exacter onderscheid te maken tussen het probleem van de patiënt, het probleem van de omgeving en het probleem van de arts.

- Bij de standaard *Schouderklachten* wordt de lezer voortdurend op het verkeerde been gezet, doordat de Cyriax-benadering zonder meer als uitgangspunt is aanvaard. Zo gaat de standaard niet over schouderklachten, maar over aandoeningen van de schouder. Daarbij wordt geen pathologische indeling gehanteerd, maar worden syndromen pathologisch beschreven. Aan de andere kant worden deze syndromen ingedeeld volgens de afwijkingen die bij lichamelijk onderzoek worden gevonden. Het omvangrijke diagnostische algoritme leidt tot allerlei gegevens waarmee vervolgens niets gedaan wordt: uiteindelijk mondt het namelijk uit in betrekkelijk eenvoudige diagnostische criteria.

Begrip en term

In de literatuur wordt het omschrijven van het begrip ook wel definiëren genoemd.^{1,3,4} Gesteld wordt dat er voor elk begrip een woord is en dat woord is per definitie een term. Hier wordt doelbewust afgeweken van dit spraakgebruik door het globaal omschrijven van begrippen 'omschrijven' te noemen en niet 'definiëren'. Hiervoor is gekozen omdat in de geneeskunde het verschil tussen een begrip (bijvoorbeeld een

ziekte) en een term (bijvoorbeeld een diagnose) zo essentieel is, dat dit onderscheid tot in het bijhorende werkwoord wordt doorgevoerd. Het woord waarmee een begrip wordt aangeduid zou vervolgens 'begripswoord' genoemd kunnen worden. Deze consequentie wordt echter niet getrokken om neologismen te vermijden. Het is ook onnodig, want artsen horen onderling in gedefinieerde termen te communiceren.

Het verschil

Begrip	Term
inhoud van kennis	toepassing van kennis
ziekte, klacht	diagnose, procedure
omschrijven	definiëren
volledig, geen scherpe grenzen	beprekter, maar scherper
helderheid	nauwkeurigheid
overeenstemming met werkelijkheid	overeenstemming met definitie-criteria
communiceren zonder misverstanden	communiceren zonder fouten
begrijpen	meten

Begrippen en termen

Onderwerp

NHG-standaarden hebben in de regel een huisartsgeneeskundig probleem of een procedure als onderwerp. Daarbij kan het gaan om een pathologische diagnose (perifeer vaatlijden), een klacht (keelpijn), een syndroom (IBS), een procedure (cervixuitstrijk), een risicofactor (hypercholesterolemie) of een verzoek om een interventie (anticonceptie). Een standaard begint met een afbakening van het te behandelen onderwerp in de titel en de eerste alinea. Het is van belang dat dit onderwerp vervolgens in de hele standaard vastgehouden wordt, en niet 'gaande de rit' verschuift.

Begrip

Een *begrip* is de mentale constructie van een stukje van de werkelijkheid zoals wij die zien (*kader* op pag. 182). Toegepast op een standaard is een begrip een – onder meer op basis van de literatuur – door de beroepsgroep gedeeld beeld van het onderwerp in kwestie.^{3,4} Een begrip is de brug tussen de werkelijkheid en de bijpassende term. Een begrip wordt vanzelfsprekend altijd aangeduid met een woord; dat woord krijgt echter pas de vorm van een professionele term wanneer het expliciet wordt gedefinieerd. Het begrip wordt aangeduid in de Inleiding van de standaard, en uitvoeriger omschreven in de paragraaf Begrippen. In diezelfde paragraaf kunnen – ter afbakening – aangrenzende begrippen worden beschreven: een voorbeeld daarvan is een beschrijving van gestoorde glucosetolerantie ter onderscheiding van diabetes.

Een groep begrippen kan een eigen titel krijgen: we spreken dan van een *samengesteld begrip*, zoals Cara. Het begrip Cara verwijst naar de samenstellende begrippen astma, chronische bronchitis en emfyseem, die elk apart omschreven kunnen worden. Wat het samengesteld begrip Cara precies is, kan pas beschreven worden als daarover consensus binnen de beroepsgroep bestaat.

Term

Termen duiden begrippen aan in het kader van de professionele communicatie; daarbij geldt in het algemeen dat de term het begrip enigszins inperkt.^{13,4} Als een term een diagnose aanduidt, worden ter definiëring diagnostische criteria gehanteerd, bij voorkeur in de vorm van inclusiecriteria.

In het algemeen geldt voorts dat termen door verschillende beroepsgroepen verschillend gedefinieerd kunnen worden; een voorbeeld daarvan is hypercholesterolemie.¹⁰

Gezondheidsproblemen en diagnoses

Een diagnose is een term die verwijst naar een achterliggend begrip: een 'omschreven gezondheidsprobleem'. Hier wordt doelbewust het woord 'gezondheidsprobleem' gebruikt, omdat het woord ziekte tot veel verwarring leidt.¹¹⁻¹³ Een diagnose vormt meestal een inperking van het ruimere ziektebegrip.

Diagnosen kunnen fout of goed blijken, zeker of onzeker zijn, 'zekerder' worden of gewijzigd worden. De kern is dat een diagnose stellen een antwoord eist op de vraag of op een bepaald moment wel of niet aan de criteria is voldaan. Het pleonasme 'werkhypothese' kan dan ook beter vermeden worden; met deze term wordt gesuggereerd dat een diagnose iets anders dan een werkhypothese is, en dat het bij een diagnose zou gaan om zekere kennis omtrent de aard van het gezondheidsprobleem.¹⁴ Dat is een redundante suggestie: ook een zekere diagnose is niet absoluut zeker. Diagnosen ontleen hun bestaansrecht aan het klinisch nut dat ze op een bepaald moment hebben voor het te voeren beleid.^{15,16}

Typen diagnoses

Er zijn drie belangrijke categorieën diagnoses.¹⁶

- In de eerste plaats zijn er *pathologische* diagnoses: deze kunnen objectief worden vastgesteld (fractuur, diabetes), en men neemt aan dat nieuwe, nu nog ontbrekende kennis niet zal leiden tot een grondige wijziging van de diagnose. Gonartrose is dus een pathologische diagnose, en irritable bowel syndrome niet.¹⁷⁻¹⁹

- *Nosologische* diagnoses vormen een 'voorlopig label' voor een complex van symptomen of waarnemingen die vaker tegelijk voorkomen dan men op grond van het toeval kan verwachten ('syndromen').¹⁶ Hierbij ontbreekt kennis over de etiologie en bestaat geen zekerheid of er wel sprake is van een als één geheel te begrijpen ziekteproces. Het centrale ziektebegrip, als het al bestaat, is een witte vlek.^{12,13,16} Voorbeelden van zulke diagnoses zijn fibromyalgie, mi-

graine, dementie en manische depressie. Zodra voor zulke ziekten een pathologisch substraat zou worden aangetoond, kunnen zij 'opschuiven' naar de eerste categorie diagnoses. Dit zou bijvoorbeeld binnenkort voor migraine het geval kunnen zijn.

De term 'syndroom' heeft in dit kader nog enige nadere toelichting. Zoals uit het voorafgaande blijkt, bestaat de categorie 'nosologische diagnoses' uit syndromen. De categorie 'syndromen' is echter groter dan de categorie 'nosologische diagnoses': er bestaan ook syndromen (dus aandoeningen waarvoor een aantal verschijnselen *samen* moeten voorkomen om de diagnose te kunnen stellen) die een duidelijk pathofysiologisch substraat kennen, zoals het 'syndroom van Laurence Moon', en (wat vroeger werd aangeduid als) het 'syndroom van Down'.

- De derde groep diagnoses is de *symptoomdiagnose*. Deze wordt gehanteerd bij ontstentenis van een 'hogere' diagnose uit een van de andere groepen. Symptoomdiagnosen zijn soms de voorboden van pathologische of nosologische diagnoses, maar blijken – met name in de huisartspraktijk – vaak de einddiagnose: de patiënt herstelt of komt niet meer terug. 'Hoesten' als klacht van de patiënt leidt vaak tot niets anders dan de symptoomdiagnose 'hoesten', maar blijkt soms tot 'bronchitis' (of erger) te leiden. Symptoomdiagnosen vormen ruim 30 procent van de diagnoses in de huisartspraktijk.¹⁶

Deze verschillende typen diagnoses stellen verschillende eisen aan een standaard. Een pathologische diagnose moet in een standaard weliswaar zo scherp mogelijk worden gedefinieerd (door middel van inclusie- en/of exclusiecriteria), maar het gebruik van deze diagnostische labels vereist geen nadere legitimering. Dat ligt anders voor nosologische diagnoses: de relevantie en de geldigheid van het hanteren van een nosologische diagnose in een standaard moet verantwoord worden. Nosologische diagnoses zijn immers mogelijk slechts een tijdelijk etiket, en 'geloof' en 'opvattingen' spelen daarbij te zeer een rol om dat in het midden te laten: of myalgische encephalomyelitis ('chronic fatigue syndrome') bestaat, lijkt op dit moment bijvoorbeeld voor veel medici de vraag.^{20,21} Ook symptoomdiagnosen kunnen het onderwerp van een standaard vormen, bijvoorbeeld keelpijn of koorts.

Voor de bijbehorende behandeling wordt de diagnostische indeling enerzijds losgelaten, en anderzijds meer gespecificeerd dan volgens de criteria zou mogen: men mag bijvoorbeeld prikken in iets wat niet gediagnostiseerd kan worden (tendinitis).

Al met al is dit een onduidelijke standaard. Het achterliggende begrip wordt onvoldoende uitgewerkt, de anatomische definitie wordt niet goed onderscheiden van de fysisch-diagnostische criteria, en het blijft tot het eind toe onduidelijk of het nu gaat om welbegrepen schouderaan-

ningen met een specifieke behandeling of om slecht begrepen syndromen die globaal behandeld moeten worden.

• De standaard *Oogheelkundige Diagnostiek* lijkt volgens de titel en de inleiding te gaan over diagnostiek die voornamelijk voor de oogarts werd uitgevoerd, maar die nu door de huisarts moet worden verricht, om diens competentie te vergroten en om te komen tot een beter verwijsbeleid. Dit is een helder standpunt, dat echter verderop in de tekst weer wordt

verlaten. Bij de beschrijving van de gebruikte termen blijkt het namelijk te gaan om een samenvatting van een leerboek oogheelkunde. De paragraafindeling is klachtgeoriënteerd, maar het lijkt wel alsof de klachten slechts kunnen leiden tot ernstige aandoeningen. Bij de klacht 'rood oog' wordt als mogelijke diagnose slechts glaucoom genoemd en niet bijvoorbeeld een banale conjunctivitis, laat staan de symptoomdiagnose rood oog. Verder wordt alleen bij refractieproblemen uitvoerig ingegaan op de consequenties van

Tabel Beoordeling van 29 NHG-standaarden aan de hand van vier formele criteria

Standaard	Voldoet aan criterium				Aard begrip	Oriëntatie gedefinieerde term
	1	2	3	4		
1989-1990						
Diabetes Mellitus type II*	nee	ja	ja	ja	pathologisch	pathologisch
(Dreigende) Miskraam†	nee	nee	nee	nee	pathologisch	exclusie andere diagnosen
Enkeldistorsie†	nee	nee	nee	nee	pathologisch	nvt
Urineweginfecties	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	pathologisch ^e
Cervixuitstrijken	ja	ja	ja	ja	preventie ^e	interventie ^e
Orale Anticonceptie	ja	ja	ja	ja	vraag patiënt ^e	interventie ^e
Mammografie	ja	ja	ja	ja	preventie ^e	interventie ^e
Otitis Media Acuta	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	symptomen ^e
Schouderklachten†	nee	nee	ja	nee	pathologisch ^e	etiologie ^e
Problematisch Alcoholgebruik†	ja	ja	nee	nee	medisch probl ^e	risicofactoren
Acute Keelpijn	ja	ja	ja	ja	klacht ^e	symptomen, tests ^e
Oogheelkundige Diagnostiek†	nee	nee	nee	nee	pathologisch ^e	pathologisch
Perifeer Arterieel Vaatlijden	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	pathologisch ^e
1991-1992						
Het Spiraaltje	ja	ja	ja	ja	vraag patiënt ^e	interventie ^e
Acne Vulgaris	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	pathologisch ^e
Ulcus Cruris Venosum*	ja	ja	nee	ja	pathologisch ^e	pathologisch ^e
Hypertensie	ja	ja	ja	ja	risicofactor ^e	interventie ^e
Otitis Media met Effusie	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	symptomen ^e
Migraine	ja	ja	ja	ja	nosologisch ^e	symptomen ^e
Hypercholesterolemie	ja	ja	ja	ja	risicofactor ^e	interventie ^e
Dementiesyndroom	ja	ja	ja	ja	nosologisch ^e	symptomen ^e
Bloedonderz. Leveraandoeningen†	nee	nee	nee	nee	diagnostiek ^e	pathologisch ^e
Slaapmiddelen/Slapeloosheid *	ja	ja	ja	ja	medisch probl ^e	medisch probl ^e
Astma bij Kinderen†	nee	nee	nee	nee	pathologisch	symptomen
Subfertiliteit	ja	ja	ja	ja	klacht ^e	duur van de klacht ^e
Cara Volwassenen: Diagnostiek	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	o.a. symptomen ^e
Cara Volwassenen: Behandeling	ja	ja	ja	ja	pathologisch ^e	o.a. symptomen
Vaginaal Bloedverlies	ja	ja	ja	ja	klacht ^e	klacht ^e
Kinderen met Koorts	ja	ja	ja	ja	klacht ^e	klacht ^e

* Voldoet niet geheel, maar wel grotendeels aan de criteria. † Voldoet niet aan de criteria. ^e Expliciet omschreven, dan wel expliciete criteria.

de diagnostiek. Het doel van de standaard lijkt aldus niet zozeer het vastleggen van de diagnostiek bij oogklachten, als wel het aanzetten tot minder verwijzen voor het aanmeten van brillen.

- In de standaard *Acute Keelpijn* verschijnt voor het eerst de paragraaf Evaluatie. Dit is een grote aanwinst, want hierdoor ontstaat een natuurlijke plek voor differentieel-diagnostische overwegingen. De term 'streptokokken keelontsteking', van belang voor de behandeling, wordt expliciet gedefinieerd. Typen diagnosen worden goed uit elkaar gehouden. Voor alle onderdelen van de differentiële diagnose worden zoveel mogelijk inclusiecriteria geformuleerd, rekening houdend met de relatieve frequenties en de mate van zekerheid van de diagnose. Deze glasheldere standaard voldoet aan alle gehanteerde criteria.

- De standaarden *Otitis Media Acuta*, *Otitis Media met Effusie bij kinderen* en *Perifeer Arterieel Vaatlijden* zijn goed afgewogen en logische standaarden. Er wordt een duidelijke beschrijving gegeven van de achterliggende ziektebegrippen. Er worden concrete criteria geformuleerd, die gericht zijn op interventies en rekening houden met de prognose.

- In de standaard *Acne Vulgaris* gaat het om een aandoening met weinig diagnostische problemen. Het ziektebegrip is bondig beschreven en de term acne is duidelijk gedefinieerd. De criteria worden toegepast in het geformuleerde beleid.

- In de standaard *Ulcus Cruris Venosum* wordt het ziektebegrip omschreven, hoewel niet erg overzichtelijk. De etiologische factoren staan in de paragrafen Anamnese en Voorlichting, de prognose staat bij Wondbehandeling en de comorbiditeit wordt besproken bij Behandeling van complicaties. De term *ulcus cruris venosum* wordt deels gedefinieerd bij Overwegingen, deels bij Anamnese en Lichamelijk onderzoek. De standaard is daardoor minder geschikt voor de beantwoording van vragen over diagnostiek, hoewel

alle elementen wel aanwezig zijn. De redactie heeft zich blijkbaar vooral georiënteerd op het schrijven van een handleiding voor het beleid; dat is gelukt.

- De standaarden *Migraine* en *Dementie-syndroom* gaan over syndromen en de standaarden *Hypertensie* en *Cholesterol* over risicofactoren. In deze standaarden wordt dit duidelijk verwoord en consequent vastgehouden. De termen zijn gedefinieerd en het beleid vloeit er logisch uit voort.

- De standaarden *Cervixuitstrijken* en *Mammografie* gaan over screening (een medisch probleem) en over individuele patiëntenzorg (zowel een medisch probleem als een vraag van de patiënt). Beide begrippen worden omschreven. De termen screening, patiëntenzorg, normaal en abnormaal worden nauwkeurig gedefinieerd. Dit geheel leidt tot consistente standaarden met concrete richtlijnen voor behandeling. Omdat het om twee begrippen per standaard gaat, zijn het lange en ingewikkelde stukken geworden. Een tweetal standaarden per procedure was misschien duidelijker geweest.

- De standaarden *Orale Anticonceptie* en *Het Spiraaltje* gaan over een vraag van de patiënt en het handelen daarbij. De begrippen zijn duidelijk omschreven en komen terug in de tekst. De termen orale anticonceptie en spiraaltje zijn goed gedefinieerd.

- De standaard *Bloedonderzoek bij Verdenking op Leveraandoeningen* beschrijft het begrip als 'het optimaliseren van het gebruik van bepalingen van leverfuncties (...) bij de verdenking op een leveraandoening' (doel en uitgangspunt genoemd). Dit begrip wordt niet vastgehouden. Blijkens de Inleiding gaat de standaard over het optimaliseren van diagnostiek bij verdenking op een leveraandoening, bij onbegrepen moeheid en bij overbodig routine-onderzoek zonder reële verdenking. In de paragraaf Richtlijnen wordt echter duidelijk dat het alleen over leveraandoeningen gaat, en daardoor wordt het hele betoog omgedraaid. Allerlei soorten leveraandoe-

ningen worden besproken, maar niet alle soorten klachten of alle soorten laboratoriumuitslagen. Zelfs het surface-antigeen komt aan de orde, maar niet of je daar mee van kan worden. Leverfuncties aanvragen schijnt pas te mogen als je al weet dat het een leveraandoening is. In deze standaard worden de begrippen symptoom, symptoomdiagnose en ziektediagnose onvoldoende onderscheiden. De standaard beschrijft een exclusief medisch probleem waarin de patiënt geen rol van betekenis speelt. Wat dit betreft is het een consistente standaard.

- De standaard *Slapeloosheid en Slaapmiddelen* lijkt qua onderwerp op de standaard *Problematisch Alcoholgebruik*, maar is helderder. Beide onderwerpen zijn zo moeilijk, doordat ze te maken hebben met een morele vraag: mogen patiënten zelf bepalen of ze medicijnen gebruiken c.q. ongezonde gewoonten hebben? In deze standaard wordt dit dilemma vermeden. Het gaat niet over verzoeken om slaapmiddelen, behalve in één passage, waaruit blijkt dat chronische gebruikers die niet gemotiveerd zijn tot stoppen, slaapmiddelen mogen blijven gebruiken. Impliciet wordt hiermee chronisch gebruik op verzoek van de patiënt geaccepteerd. De rest van de standaard gaat nadrukkelijk over medische problemen: de symptoomdiagnosen slapeloosheid, pseudo-insomnia en chronisch gebruik van slaapmiddelen. Deze diagnostische invalshoek wordt consequent volgehouden. Slaapmiddelen blijken de eerste drie dagen nauwelijks te werken en daarna zelfs helemaal niet. Desondanks worden ze op strikte indicatie voorgeschreven, hoewel niet duidelijk is of ze dan wel werkzaam zijn. Voor de rest is dit qua begripsomschrijving en definiëring een consistente standaard, waarin een netelig moreel probleem vaardig vermeden wordt.

- In de standaard *Astma bij Kinderen* wordt het begrip astma niet omschreven. Verspreid door de tekst zijn wel brokstukken van een begripsomschrijving te vinden. Gesteld wordt dat bronchusobstructie op twee manieren kan ontstaan: een late

reactie door inflammatie en een vroege reactie door met name bronchoconstrictie. De eerste oorzaak, inflammatie, speelt een centrale rol bij astma. De andere oorzaak, bronchoconstrictie, is blijkens de medicamenteuze therapie slechts een symptoom. Niet duidelijk is waarvan bronchoconstrictie een symptoom is. Allergie en aspecifieke hyperreactiviteit behoren niet tot het begrip astma en hebben geen diagnostische consequenties. Maar bij de therapie blijkt dat allergie en aspecifieke hyperreactiviteit altijd behandeld moeten worden.

Deze begripsverwarring leidt tot twee sets geheel verschillende diagnostische criteria. In de paragraaf Begrippen is astma gedefinieerd op basis van recidiverende klachten of bevindingen. Eén kenmerk is voldoende voor de diagnose. Onder Richtlijnen diagnostiek staat een tweede rijtje criteria op basis van andere klachten en een ander, namelijk chronisch beloop. Er staat niet bij aan hoeveel criteria voldaan moet zijn. De criteria zelf, volzitten en piepen, worden niet gedefinieerd als anamnestiche of fysisch-diagnostische criteria. Piekstroommeting kan gebruikt worden om luchtwegobstructie vast te stellen; waarom dit geen diagnostisch criterium mag zijn, blijft echter onbesproken. De differentiële diagnostiek ontbreekt. De rol van het patiëntje en zijn ouders beperkt zich tot gedrag als emoties, ontkenning en overbezorgdheid. Alles bijeen is dit een onduidelijke standaard.

- In de standaard *Subfertiliteit* wordt het begrip beperkt tot ongewenste subfertiliteit. Dit begrip wordt geplaatst in het bredere kader van de maatschappelijke ontwikkelingen en het perspectief van de patiënt. De term subfertiliteit is gedefinieerd (>1 jaar) en onderscheiden van het uitblijven van gewenste zwangerschap (<1 jaar). Bij de Richtlijnen wordt het begrip nader uitgewerkt, zodat duidelijk is dat de gedefinieerde term subfertiliteit slechts een vuistregel is waar arts en patiënt zich samen meer of minder aan kunnen houden. De term subfertiliteit dient hier niet alleen de professionele communicatie, maar ook de communicatie tussen arts en patiënt; dit wordt duidelijk uitgelegd. De nadere dia-

gnostiek, het beleid en de consequenties vloeien hier logisch uit voort. Dit is een consistente standaard.

- In de standaarden *Cara bij Volwassenen: Diagnostiek* en *Cara bij Volwassenen: Behandeling* is Cara omschreven als een verzamelbegrip voor astma, chronische bronchitis en emfyseem. COPD is een verzamelbegrip voor chronische bronchitis en emfyseem. Strikt genomen is een zekere diagnose emfyseem voorbehouden aan de longarts. Hoewel Cara een verzamelbegrip is, staat het begrip Cara toch beschreven bij Richtlijnen diagnostiek. Cara is bronchusobstructie via inflammatie of bronchoconstrictie, veroorzaakt door aspecifieke hyperreactiviteit of allergische reacties. Astma kan zich recidiverend uiten, COPD is chronisch. Bij Cara bij volwassenen hebben de anamnese, het lichamenlijk onderzoek en de piekstroommeting een eigen, goed gedefinieerde plaats in de diagnostiek. De differentiële diagnostiek ontbreekt.

In tegenstelling tot astma bij kinderen is het begrip Cara bij volwassenen duidelijk omschreven. De criteria voor de diagnose en de behandeling vloeien er logisch uit voort.

- De standaarden *Vaginaal Bloedverlies* en *Kinderen met Koorts* zijn geheel georiënteerd op de klacht, en dit wordt consequent volgehouden vanaf de begripsomschrijving, via het definiëren van de termen tot en met de behandeling. Dit zijn consistente standaarden.

Beschouwing

Acht van de dertien standaarden uit 1989 en 1990 voldoen aan de hier gestelde criteria. In de periode 1991 en 1992 voldoen relatief meer standaarden aan de criteria: veertien van de zestien. Opvallend is dat het onderscheid tussen het probleem van de patiënt en het medisch probleem nogal wat problemen oplevert. Tevens blijkt dat de concepten contactredenen, klacht en objectieve bevindingen onvoldoende onderscheiden worden.

Onze analyse is in de eerste plaats be-

doeld als aanzet voor discussie: een bredere geldigheid kan pas ontstaan na discussie binnen en akkoord van de beroepsgroep.¹

Een analyse van de omschrijving van begrippen, de definiëring van termen en het consequent volhouden daarvan blijkt een eenvoudig stramen te zijn om één aspect van standaarden te beoordelen: de formele consistentie. Als normerend gecommuniceerd moet worden over de kwaliteit van feitelijk handelen en feitelijke verschillen tussen huisartsen, dan is formele consistentie een van de voorwaarden. De communicatie tussen huisartsen en specialisten is bij uitstek gediend met consistente begripsomschrijvingen en duidelijke termen. Consistente standaarden zijn toetsbaar en leiden tot discussie over de inhoud; inconsistente standaarden leiden tot misverstanden en nodeloze woordenstrijd.

Literatuur

- 1 De Groot AD, Medendorp FL. Term, begrip, theorie. Inleiding tot de signifiëke begripsanalyse. Meppel: Boom, 1986.
- 2 Tielens VCL. Standaarden: het gezicht van de huisarts. Huisarts Wet 1989; 32: 3.
- 3 Hirs WM. Standaardclassificaties voor medische en niet-medische gegevens. Een studie naar de samenhang van objecten, begrippen en termen in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- 4 Vaste commissie voor classificaties en definities van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Termen voor classificaties en definities. Voorlopige WCC standaard. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1989.
- 5 Lamberts H. Episode oriented epidemiology in family practice: the practical use of the International Classification of Primary Care (ICPC) as illustrated in patients with headache. In: Norton PG, Stewart M, Tudiver F, et al. Primary care research. Traditional and innovative approaches. Newbury, CA: Sage, 1991.
- 6 Jacobs JCG, Meijer ME. De standaard nader bekeken. Een stijl- en inhoudsanalyse van de NHG-standaarden [Intern rapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1990.
- 7 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte be-

-
- nadering. Huisarts Wet 1992; 35: 281-6.
- 8 Wiersma T. Methodisch werken en werken met standaarden: gescheiden ontwikkeling of symbiose? Huisarts Wet 1992; 35: 352-4, 364.
- 9 Hofmans-Okkes IM, Meijman FJ. Huisarts en patiënt in gesprek: wat heeft onderzoek te bieden? Huisarts Wet 1991; 34: 293-4.
- 10 Anoniem. Herziening consensus cholesterol. Hart Bull 1992; 23: supplement.
- 11 Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Nijmegen: SUN, 1989.
- 12 Hutschemaekers GJM. Neurosen in Nederland. Vijfentachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen. Nijmegen: SUN, 1990.
- 13 Dillmann R. Alzheimer's disease; the concept of disease and the construction of medical knowledge. Amsterdam: Thesis, 1990.
- 14 Bremer GJ. Huisarts en diagnose. Huisarts Wet 1983; 26: 23-6.
- 15 Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. Huisarts Wet 1983; 26: 125-8.
- 16 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 17 Schouten JSAG. A twelve year follow-up study on osteoarthritis of the knee in the general population. An epidemiological study of classification criteria, risk factors and prognostic factors [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1991.
- 18 Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. Br Med J 1992; 304: 87-90.
- 19 Van der Horst HE, Van Eijk JThM, Schellevis FG. Nieuwe inzichten in het irritable bowel syndrome. Huisarts Wet 1992; 35: 146-51.
- 20 Vandenbroucke JP. Ziekten komen en gaan. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 2500-2.
- 21 Dorrestein R. Heden ik. Amsterdam: Contact, 1993. ■