

Helderheid en consistentie van standaarden: een kwestie van coherentie

Tj. WIERSMA
F. MEULENBERG
J.S. BURGERS

Wiersma Tj, Meulenberg F, Burgers JS. Helderheid en consistentie van standaarden: een kwestie van coherentie. *Huisarts Wet* 1995; 38(4): 175-7, 185.

Samenvatting In 1994 deden Van Duijn & Hofmans-Okkes een poging de kwaliteit van de NHG-standaarden te beoordelen aan de hand van hun 'formele consistentie'. Blijkens de daarbij gehanteerde vraagstellingen – is de begripsomschrijving expliciet en helder, wordt het begrip in de tekst consequent gebruikt, zijn de gebruikte termen gedefinieerd en wordt voldoende onderscheiden tussen de verschillende soorten diagnoses – hebben zij onvoldoende oog voor de dynamiek van de standaarden gehad. Dat wreekt zich in de conclusies: het voldoen aan de criteria voor formele consistentie geeft geen uitsluitsel over de kwaliteit van standaarden. Bij de vervaardiging van standaarden dient zich, behalve op hun inhoudelijke juistheid, te richten op de coherentie van de tekst. Coherentie laat zich vermoedelijk slecht vangen in formele criteria.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Afdeling Standaardenontwikkeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

Tj. Wiersma, huisarts-filosof; F. Meulenberg, coördinator; J.S. Burgers, huisarts.
Correspondentie: Tj. Wiersma.

Inleiding

de bedoeling was dat op die manier geleidelijk een beeld zou ontstaan van dat ongrijpbare en onzichtbare scherm tussen beschrijving en werkelijkheid
George Steiner¹

Vanuit onze betrokkenheid bij de vervaardiging van NHG-standaarden slaan wij iedere beoordeling van de kwaliteit daarvan met belangstelling gade. De moedige poging van Van Duijn & Hofmans-Okkes om de kwaliteit van NHG-standaarden op een hoger aggregatieniveau te evalueren dan op het niveau van de inhoud van de beweringen,² kan beschouwd worden als een toevoeging van een dimensie aan de kwaliteitsbeoordeling en kan in zoverre rekenen op onze waardering. Genoemde auteurs beoordelen de eerste 29 medische standaarden op formele consistentie aan de hand van een viertal vraagstellingen: is de begripsomschrijving expliciet en helder, wordt het begrip in de tekst consequent gebruikt, zijn de gebruikte termen gedefinieerd en wordt voldoende onderscheiden tussen de verschillende soorten diagnoses? Bij deze beoordeling gaat het hen om de vorm en de structuur van de standaard en niet om de inhoud of de stijl.

Naar onze mening is een beoordeling van de standaarden aan de hand van deze vier vraagstellingen weinig informatief over de kwaliteit daarvan. Daarvoor zijn de volgende redenen:

- Ziektebegrippen en diagnostische criteria ('termen') zijn geen statische gegevens die op ieder moment duidelijk van elkaar kunnen worden onderscheiden. Beide zijn voortdurend in ontwikkeling en kunnen alleen op hun merites beoordeeld worden vanuit de functie die zij in een standaard vervullen. Alleen letten op hun aanwezigheid is daartoe onvoldoende.
- Verschillende soorten diagnoses moeten onderscheiden worden van de uiteenlopende wijzen waarop een en dezelfde diagnose gesteld kan worden. Een diagnose-typologie is slechts van betekenis voor de onderlinge vergelijkbaarheid van standaarden.
- De validiteit van 'formele consistentie'

is beperkt. Formele consistentie is hooguit een noodzakelijke, doch geen voldoende voorwaarde voor consistente en heldere standaarden.

In het onderstaande zal een en ander vanuit het perspectief van de standaardmakers worden toegelicht. Bij de beoordeling van de kwaliteit van standaarden moet, behalve aan de inhoudelijke juistheid, naar onze mening aandacht geschonken worden aan de coherentie van de tekst.

De vervaardiging van begrippen en termen

NHG-standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts. In een belangrijk deel van de medische standaarden wordt aangegeven op welke wijze de huisarts de diagnose kan stellen en welke behandeling de voorkeur verdient. Een belangrijke voorwaarde waaraan de diagnostische richtlijnen moeten voldoen, is hanteerbaarheid in de huisartspraktijk: zij moeten uitvoerbaar zijn met de diagnostische middelen die daar voorhanden zijn. In de regel zijn dat de anamnese, het lichamelijk onderzoek en beperkt aanvullend onderzoek, zoals bepaling van Hb of glucose. In een aantal gevallen maakt beeldvormende diagnostiek die de huisarts in eigen beheer kan laten verrichten, zoals röntgenonderzoek of echografie, deel uit van de diagnostische richtlijnen.

Sommige ziekten kunnen alleen worden gediagnostiseerd door de specialist, bijvoorbeeld omdat alleen hij over de daartoe benodigde apparatuur beschikt (bijvoorbeeld voor een CT-scan van de hersenen bij verdenking op een hersenbloeding) of omdat alleen hij in staat is tot de betreffende ingrepen (bijvoorbeeld een bronchoscopie bij verdenking op bronchuscarcinoom). Over die ziekten worden in de regel geen standaarden gemaakt. Over een belangrijk aantal andere ziekten zijn alleen huisartsgeneeskundige diagnostische richtlijnen mogelijk, indien men genoeg neemt met een bepaalde mate van onzekerheid. Het tolereren van onzekerheid betekent dat er in de standaard wordt uitgegaan van diagnostische criteria die afwijken van de criteria die veelal in

de ogen van de specialist noodzakelijk zijn.

De diagnostische criteria worden dus in belangrijke mate bepaald door de praktijk waarin zij moeten functioneren. Vaak zijn ze niet vooraf gegeven, omdat wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk niet altijd voorhanden is. Ze worden dan pas na langdurige discussies op basis van theoretische en praktische argumenten geformuleerd. Het eindresultaat berust op een complexe afweging van het belang van diagnostische precisie en de consequenties van een eventueel gemiste diagnose.

Ziekten zijn dus geen entiteiten die reeds als zodanig in de werkelijkheid gegeven zijn en waarbij de taak van de huisarts zich beperkt tot passief registreren en diagnosticeren. Analoog zijn ziektebegrippen geen afbeeldingen van die werkelijkheid; integendeel, ziektebegrippen komen mede tot stand door de wijze waarop de ziekte wordt vastgesteld.³⁻⁵ Als de huisarts bijvoorbeeld influenza conform de richtlijnen van de standaard Influenza en Influenzavaccinatie diagnostiseert wanneer een aantal symptomen als hoesten, koorts en spierpijn gecombineerd voorkomen, draagt deze handelwijze bij aan de vorming van het ziektebegrip. Dit correspondeert met de beleving van de huisarts van influenza als een ziekte van hoestende en zwetende mensen die het liefst in bed liggen. Het influenzabegrip van de viroloog (influenza is een acute bovenste-luchtweginfectie, veroorzaakt door het influenzavirus) is in de huisartspraktijk daarentegen slechts van beperkte waarde. Influenza is geen ziekte die de huisarts vaststelt als hij de kweekuitslagen doorneemt.

Ziektebegrippen komen aldus tot stand in diagnostische (en therapeutische) praktijken, waardoor er ruimte ontstaat voor het naast elkaar hanteren van verschillende ziektebegrippen voor één 'ziekte'. Zo kan men diabetes mellitus niet alleen biochemisch omschrijven als een ziekte die gekenmerkt wordt door abnormale bloedsuikerwaarden, maar ook pathologisch-anatomisch als een ziekte gekenmerkt door atrofie van de eilandjes van Langer-

hans, pathofysiologisch als een auto-immuunziekte of therapeutisch als een insulinedeficiëntieziekte. In vroeger tijden werd diabetes mellitus gekenmerkt door de zoete smaak van de urine. Het antwoord op de vraag welke omschrijving de meest juiste is, hangt af van de context waarin het ziektebegrip wordt gehanteerd.

De keus van een adequaat ziektebegrip vormt een van de centrale problemen bij de vervaardiging van standaarden. Bij omschrijvingen van ziektebegrippen wordt in de regel gerefereerd aan de gouden standaard voor de ziekte in kwestie. Dit kan echter in standaarden minder functioneel zijn, zeker als een dergelijke gouden standaard in het verdere diagnostische beleid geen rol van betekenis speelt. Zo is in de standaard Vaginaal Bloedverlies abnormaal vaginaal bloedverlies op klachtniveau gedefinieerd, omdat de introductie van objectieve methoden ter bepaling van de hoeveelheid verloren bloed in vergelijking met de ernst van de aandoening op praktische bezwaren stuit en verder niet relevant is voor het beleid. Soms is de functie van de omschrijving van het ziektebegrip vooral gelegen in het feit dat deze inzicht geeft in de aard of het beloop van de ziekte of de achtergronden van de therapie en als zodanig bijdraagt aan het begrip van de richtlijnen. Voorbeeld van een dergelijke situatie is de vermelding van het virologisch influenzabegrip in de standaard Influenza en Influenzavaccinatie, een standaard waarin het afnemen van materiaal voor viruskweken op geen enkel moment wordt aanbevolen.

Noodzakelijk is de aanwezigheid van een expliciete begripsomschrijving echter allerminst. Een standaard is in de allereerste plaats een set richtlijnen voor het handelen van de huisarts. Vanuit deze doelstelling is het strikt genomen voldoende aan te geven op basis waarvan een bepaalde diagnose gesteld mag worden, en zijn uitwijdingen over wat de ziekte is, overbodige franje. Het bewijs levert de standaard Diabetes Mellitus Type II: de afwezigheid van een expliciet omschreven ziektebegrip is allerminst storend. Overigens is de vorming van een impliciet ziektebegrip

hoe dan ook onvermijdelijk. Zo is diabetes mellitus, getuige de wijze waarop deze ziekte wordt vastgesteld, een ziekte die gekenmerkt wordt door abnormale glucosespiegels, en getuige de aanbevolen frequente controles een ziekte met potentieel ernstige gevolgen.

In het voorafgaande is uiteengezet dat ziektebegrippen (en daarmee ook de diagnostische criteria) worden beïnvloed door de praktijk waarin zij moeten functioneren. Daardoor wordt het onderscheid tussen begrippen en diagnostische criteria zelf problematisch. Het onderscheid is hooguit gradueel: terwijl een ziektebegrip (al dan niet direct) naar zijn gouden standaard verwijst, ontstaat door de definiëring van diagnostische criteria de mogelijkheid om op een andere, meestal minder betrouwbare wijze de 'ziekte' vast te stellen. Op de keper beschouwd is het onderscheid tussen begrippen en diagnostische criteria een taalkundige beschrijving van een bekend geneeskundig fenomeen: er zijn gouden standaarden en diagnostische methoden die deze benaderen. Indien alle medici dezelfde diagnostische procedure gebruiken, is het onderscheiden van begrippen en diagnostische criteria in de standaard niet meer functioneel: hypertensie is een te hoog uitgevallen uitslag van een bloeddrukmeting.

Typen diagnoses

Het onderscheid tussen pathologische diagnoses, nosologische diagnoses en symtoomdiagnoses is bij de beoordeling van de consistentie van standaarden alleen zinvol indien er verschillende soorten in een en dezelfde standaard voorkomen. In de regel is dat niet het geval: het stellen van de diagnose influenza op basis van een combinatie van symptomen betekent immers niet dat influenza om die reden dan een symtoomdiagnose is. Teruggebracht tot zijn essentie gaat het bij elke standaard om dezelfde zaak: worden de verschillende manieren waarop diagnostiek wordt bedreven – en dat zijn er aanzienlijk meer dan drie – in een standaard zorgvuldig onderscheiden en worden daaraan de juis-

te consequenties verbonden? Als we ons bijvoorbeeld realiseren dat een schildklierfunctiestoornis meestal een biochemische diagnose is, wordt het begrijpelijk dat de aandoening niet altijd behandeling behoeft. Ook kan de diagnose ulcus van de maag anamnestic, röntgenologisch, gastroscopisch of pathologisch-anatomisch worden gesteld. Dat betekent echter niet dat voor elk van deze diagnoses eenzelfde beleid wordt aanbevolen; men moet ze zorgvuldig blijven onderscheiden.

De vraag of er in een standaard sprake is van een pathologische diagnose, een nosologische diagnose of een symptoomdiagnose, is echter bij hun vervaardiging geen relevant probleem. Deze diagnose-typologie levert voor de beoordeling van de consistentie binnen één standaard een te beperkt instrumentarium op en lijkt eerder van waarde voor een onderlinge vergelijking van standaarden en hun onderbouwing.

De gebrekkige validiteit van formele consistentie

Aan het begrip consistentie kunnen twee aspecten worden onderscheiden: een logisch aspect en een inhoudelijk aspect. In het eerste geval wordt consistentie gebruikt in de betekenis van niet-strijdig, in het tweede geval heeft consistentie de betekenis van samenhangend of coherent. De uitspraken 'het paard is grijs' en 'het paard is zwart' zijn logisch gezien strijdig met elkaar: een paard kan niet zowel grijs als zwart zijn. De uitspraken 'het paard staat in de wei' en 'het gras is groen' zijn weliswaar niet strijdig met elkaar, maar wel onsamenhangend. Daar samenhangende uitspraken niet-strijdig behoren te zijn, maar niet-strijdige uitspraken niet hoeven samen te hangen, is niet-strijdigheid een noodzakelijke doch geen voldoende voorwaarde voor coherentie. Consistentie in de inhoudelijke betekenis van het woord is een sterkere vorm van consistentie dan consistentie in de logische betekenis.

Coherentie is steeds een belangrijk aandachtspunt bij het opstellen van standaarden. Daarom wordt getracht de verzame-

ling van informatie in de paragrafen Anamnese en Lichamelijk onderzoek af te stemmen op de paragrafen Evaluatie of Therapie. Als in het begin van een standaard verzameling van informatie wordt aanbevolen zonder dat daar verderop iets mee wordt gedaan, zoals in de standaard Subfertiliteit het geval is, komt dit de coherentie van de standaard niet ten goede. Coherentie speelt echter op verschillende fronten een rol. Zo heeft het geen zin frequente controles aan te bevelen als de ziekte niet ernstig is of als deze de prognose op geen enkele wijze beïnvloeden. Een beoordeling van de kwaliteit van standaarden zou zich primair moeten richten op het coherentie-aspect van consistentie. Met het begrip formele consistentie kunnen de NHG-standaarden alleen op de zwakke vorm van consistentie worden onderzocht.

Conclusie

Het laatste is naar onze mening de voornaamste reden waarom de betekenis van de onderzoeksresultaten van *Duijn & Hofmans-Okkes* enigszins in de lucht blijft hangen. Hoewel de auteurs in hun inleiding formele consistentie min of meer beschouwen als voorwaarde voor de kwaliteit van een standaard, reikt hun conclusie niet verder dan dat een aantal wel en een aantal niet voldoen aan de criteria. De betekenis van deze conclusie, met name de kwestie of de standaarden die niet aan de criteria voldoen daarmee ook slechte standaarden zijn, wordt door de auteurs helaas niet nader geëxpliciteerd. De validiteit van het resultaat 'voldoen aan de criteria' lijkt gering: standaarden die voldoen aan de criteria, zijn hooguit mogelijk goed, en standaarden die niet voldoen aan de criteria – men denke aan de afwezige begrip-somschrijving in de standaard Diabetes Mellitus Type II – zijn niet noodzakelijk kerwijs slecht.

We kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat de auteurs zich vanwege de veronderstelde betere controleerbaarheid hebben laten verleiden tot het schrijven van een onderzoeksartikel,⁶ terwijl bij dit probleem eerder een beschouwing op zijn

plaats zou zijn geweest. In het laatste geval hadden zij, niet gehinderd door formeel getinte en weinig adequate vraagstellingen, de aandacht volledig kunnen richten op het vrijelijk beschrijven en plausibel maken van de inconsistenties in afzonderlijke standaarden, waarbij ook hun coherentie aan de orde had kunnen worden gesteld. Wij zijn de eersten om te erkennen dat het maken van standaarden een complex gebeuren is, dat niet altijd even vlekkeloos verloopt. Op welke wijze verschillen van inzicht hun sporen kunnen achterlaten, is onlangs voor de Cara-standaarden beschreven.^{7,8} Analoge exercities bij andere standaarden hadden naar onze stellige overtuiging resultaten van meer betekenis opgeleverd.

Eén opmerking van de auteurs, onopvallend in de marge bij de bespreking van de standaard Acute Keelpijn, achten wij van grote importantie: de paragraaf Evaluatie is een grote aanwinst, want daardoor ontstaat een natuurlijke plek voor differentieel-diagnostische overwegingen. De paragraaf Evaluatie bevat daarmee in onze ogen de operationalisering van het ziektebegrip van de desbetreffende standaard. Dat leidt evenwel wat ons betreft tot een tegendraadse conclusie: de paragraaf Begrippen kan in de meeste standaarden zonder veel bezwaar komen te vervallen.

Moge er een levendige discussie ontstaan over de ideale NHG-standaard.

Literatuur

- 1 Steiner G [Bergsma P, vert.]. In de burcht van Blauwbaard – enige aantekeningen voor een herdefiniëring van het begrip cultuur. Amsterdam: Bert Bakker, 1991.
- 2 Van Duijn NP, Hofmans-Okkes IM. NHG-standaarden geanalyseerd op helderheid en consistentie. *Huisarts Wet* 1994; 37: 181-7.
- 3 Dillmann R. Alzheimer's disease. The concept of disease and the construction of medical knowledge. Amsterdam: Thesis, 1990.
- 4 Pasveer B. Shadows of knowledge. Making a representing practice in medicine: X-ray pictures and pulmonary tuberculosis, 1895-1930 [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

Vervolg op pag. 185.