

De status van de NHG-standaarden: balanceren tussen wetenschap en verhaal

J.S. BURGERS
Tj. WIERSMA
F. MEULENBERG

Burgers JS, Wiersma TJ, Meulenberg F. De status van de NHG-standaarden: balanceren tussen wetenschap en verhaal. Huisarts Wet 1998;41(8): 381-4.

In deze beschouwing wordt betoogd dat NHG-standaarden kunnen worden opgevat als *verhalen*. De standaarden beschrijven niet alleen wetenschappelijke feiten die betrekking hebben op de werkelijkheid, maar construeren in de vorm van een tekst ook een nieuwe werkelijkheid door voorschriften te geven over hoe de huisarts idealiter zou moeten handelen. De verhalende aspecten van de standaarden, zowel met betrekking tot de diagnostiek als het beleid, worden besproken aan de hand van diverse voorbeelden. Standaarden steunen op wetenschappelijke bewijsvoering maar zijn geen wetten. Dat zou de praktijk ook niet toestaan, omdat elke patiënt uniek is en om een persoonlijke benadering vraagt. De standaard is een norm, maar ook een verhaal waarin de meest plausibele beleidsoptie en de daaraan ten grondslag liggende overwegingen zoveel mogelijk zijn geëxpliciteerd. Hierdoor wordt de lezer uitgenodigd over zijn eigen beleidskeuzen na te denken of een eigen verhaal te construeren. Standaarden balanceren tussen wetenschap en verhaal, omdat wetenschappelijke bewijsvoering en het vertellen van een goed verhaal gelijke prioriteit hebben.

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

J.S. Burgers, huisarts; Tj. Wiersma, huisarts; F. Meulenberg, coördinator.

Inleiding

Terwijl medisch-wetenschappelijke geschriften lange tijd vrijwel uitsluitend gericht waren op het beschrijven van medische feiten, leveren de NHG-standaarden concrete aanwijzingen voor het handelen van de Nederlandse huisarts. De standaarden hebben een directief karakter: ze geven een bepaald oordeel over wat en hoe de huisarts bij voorkeur dient te handelen. Ze hebben niet uitsluitend betrekking op de 'reële' werkelijkheid, maar presenteren vooral een 'ideaalbeeld'. Als zodanig vormen zij een nieuw genre in de geneeskundige literatuur en onderscheiden zij zich van literatuuroverzichten of meta-analyses. Door hun concrete karakter geven standaarden de huisarts een houvast bij de afhandeling van in de huisartspraktijk aangeboden problemen. Tegelijkertijd wordt de huisarts geprikkeld het eigen handelen te toetsen.

De richtlijnen in standaarden worden zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke bewijsvoering. Men spreekt sedert enkele jaren bij richtlijnontwikkeling ook wel van 'evidence based medicine'. Deze wordt, naast een door besluitkundige beginselen gedomineerde diagnostiek, met name gekenmerkt door een sterke waardering van de resultaten van 'randomized controlled clinical trials'.¹ Door de retoriek rondom 'evidence based medicine' wordt gemakkelijk vergeten dat de transformatie van medisch-wetenschappelijke feiten in richtlijnen een vertaalslag vereist met belangrijke arbitraire elementen. In de vorm van een tekst construeren standaarden een ideale werkelijkheid die de lezer uitnodigt tot interpretatie en kritiek.

In deze beschouwing benaderen wij de standaarden vanuit een ongebruikelijke invalshoek, namelijk als speciale teksten met een boodschap, als *verhalen*. Bij die benadering past vooral aandacht voor conventies omtrent de opbouw van het verhaal, en voor aspecten als leesbaarheid, begrijpelijkheid en retorica.²

Kenmerkend voor de opbouw van het verhaal van de standaard is de min of meer

vaste volgorde van anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek, evaluatie, voorlichting, therapie, verwijzen en controles, waarmee de gang van zaken tijdens een consult – althans ogenschijnlijk – nauwkeurig wordt gevolgd. Terwille van de leesbaarheid en begrijpelijkheid behoren deze verhalen te voldoen aan zekere minimale eisen van consistentie en coherentie.³ Zo wordt in beginsel niet uitgebreid over kwesties die in het vervolg in geen enkel opzicht ter zake doen. Dit betekent onder meer dat diagnostische manoeuvres zonder prognostische of therapeutische consequenties in beginsel niet worden aanbevolen, en dat therapieën waarvoor de huisarts de indicatie niet kan stellen buiten de standaard worden gelaten. Hierdoor onderscheiden standaarden zich van een leerboek. De retorica is onmisbaar, omdat zelfs in een ogenschijnlijk zuiver wetenschappelijke context ook persuasieve elementen voorkomen.

Door op zoek te gaan naar de verhalen-de elementen in standaarden zullen wij trachten de vertaalslag van medisch-wetenschappelijke kennis naar richtlijnen voor het handelen van de huisarts nader te verhelderen.

Richtlijnen diagnostiek

Sprookjes plegen te beginnen met 'er was eens, ergens een – bij voorkeur ongelukkige – prinses', waarbij in het midden wordt gelaten hoe zij daar dan wel zo ongelukkig terecht was gekomen. Evenzo vangen sommige standaarden aan met het gegeven dat de huisarts reeds een vermoeden heeft op de aanwezigheid van een zekere aandoening, zonder zich uit te spreken over de herkomst van dit vermoeden. Spoedig na aanvang van het consult, dus niet pas nadat alle relevante gegevens verzameld zijn, ontwikkelt de arts op basis van patroonherkenning een hypothese omtrent de aard of oorzaak van de kwaal, die hij vervolgens tracht te bevestigen dan wel te verwerpen.⁴

Dergelijke 'tacit knowledge' is evenwel zo moeilijk in taal te vatten, dat pogingen daartoe bij voorbaat gedoemd zijn te mislukken.⁵ Goede voorbeelden zijn de

standaarden Pelvic Inflammatory Disease en Psoriasis: deze vangen aan met de bij voorbaat bestaande verdenking op de betreffende aandoening.⁶ In andere standaarden is de diagnose al van meet af aan als vanzelfsprekend aanwezig, zoals in de standaarden Acne Vulgaris en Herpes Genitalis, waarin de diagnostiekparagraaf fungeert als een uiteenzetting van de eisen waaraan de kwaal behoort te voldoen.

De meeste standaarden beginnen evenwel met een klacht, waarop onder het kopje 'anamnese' een spervuur van vragen wordt losgelaten. Soms wordt de anamnese ingeleid of voorafgegaan door een aantal overwegingen, zoals in de standaarden Fluor Vaginalis, Amenorroe en Vaginaal Bloedverlies, waarbij de huisarts zich bewust dient te zijn van belevingsaspecten betreffende seksualiteit en vruchtbaarheid.^{6,7} In de meeste standaarden blijft het vragen naar de betekenis van de klacht voor de patiënt impliciet. Wellicht fungeert het algemene kader waarin de inbreng van de patiënt en het persoonlijk inzicht van de huisarts wordt beschreven en waardoor de huisarts in individuele gevallen van de standaard mag afwijken – mits beargumenteerd – als een vrijbrief die de subjectiviteit van de weerbarstige dagelijkse praktijkvoering legitimeert.

Standaarden staan op gespannen voet met de alledaagse praktijk, omdat ze er in het algemeen van uitgaan dat de dokter 'in den beginne' niets over zijn patiënt weet. Uitzondering hierop zijn de leeftijd en het geslacht; deze worden bekend verondersteld en worden in de anamnese niet genoemd. De voorgeschiedenis, tenzij samenhangend met de klacht, en de psychosociale context worden buiten beschouwing gelaten. Zelfs in de psychiatrische standaarden – de standaarden Depressie en Angststoornissen – krijgen deze elementen nauwelijks enige aandacht.^{7,8} Alleen in de paragraaf anamnese wordt aangestipt dat de huisarts dient te informeren naar belangrijke gebeurtenissen in het verleden en de levens- en werkomstandigheden. De betekenis van deze gegevens blijft echter onduidelijk; het speculeren over een eventueel causaal verband wordt bewust achterwege gelaten.

Ook deze standaarden spreken de taal van het medisch discours. Het gemis aan een persoonlijke invalshoek wordt daarentegen ruimschoots gecompenseerd door de helderheid van de richtlijnen. De boodschap is duidelijk, terwijl de toepassing in de praktijk wordt overgelaten aan de creativiteit van de huisarts.

In de paragrafen anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek wordt alle informatie verzameld die relevant is voor een volledige evaluatie. Het vasthouden aan dit sjabloon wordt voornamelijk bepaald door de conventies van het medisch discours. De vaste volgorde blijkt echter soms problematisch, bijvoorbeeld in de standaard Incontinentie voor Urine: sommige huisartsen zullen *stante pede* overgaan tot onderzoek van de urine om een urineweginfectie uit te sluiten, hetgeen beslist geen fout beleid is.⁶ Voorts wordt verondersteld dat alles zich in één consult afspeelt, terwijl het aanvullend onderzoek in de regel een nieuw consult vergt. Als 'excuus' geldt dat een standaard niet alle denkbare varianten van praktijkvoering in extenso kan behandelen. Daarnaast bevordert het vasthouden aan een vaste volgorde de systematiek en herkenbaarheid van de richtlijnen.

Belangrijke overwegingen bij de richtlijnen diagnostiek zijn de inschatting van de priorkansen op bepaalde ziekten en de hiermee samenhangende voorspellende waarden van symptomen en bevindingen. Allerlei gegevens blijken in het licht hiervan een geringe meerwaarde te hebben en kunnen derhalve worden weggelaten. Zo is het vragen naar de familie-anamnese veelvuldig overbodig, omdat deze informatie weinig bijdraagt aan de diagnose, en is laboratorium- of röntgenonderzoek niet zinvol om a priori zeldzame ziekten uit te sluiten.

Sommige diagnostische aanbevelingen zijn echter het gevolg van een compromis. Op de keper beschouwd kunnen zij zonder bezwaar achterwege worden gelaten en doen zij – als nodeloze uitweiding – afbreuk aan de logica van het verhaal. Een voorbeeld is het luisteren naar de arteriae carotis in de standaard TIA; de huisarts

kan er in de praktijk moeilijk afstand van doen, maar de uitkomst speelt geen rol bij de beslissing om te verwijzen voor eventuele carotis-chirurgie.⁶ Een ander voorbeeld is het verrichten van een vaginaal toucher bij secundaire amenorroe: een geste naar de patiënt, zonder gevolgen voor het beleid. De compromissen die aan de standaarden over cara ten grondslag liggen, zijn elders uitvoerig besproken.^{9,10}

Richtlijnen beleid

De keuze van het beleid wordt voornamelijk bepaald door wetenschappelijke bewijsvoering en, indien deze afwezig is, een afweging van zaken als werkzaamheid, bijwerkingen en risico's, gebruiksgemak, praktische haalbaarheid en kosten. Deze afweging kan op verschillende manieren worden gemaakt; een universele logica ontbreekt. In zekere zin is het een kwestie van appels met peren vergelijken. Het onderbouwende verhaal dient dan om de gekozen beleidslijn als de meest plausibele te presenteren.

Het is welhaast onvermijdelijk dat de onderbouwing van onderscheiden standaarden niet altijd even consistent is, omdat er noodzakelijkerwijs met verschillende maten wordt gemeten. Zo wordt in de standaard Reumatoïde Artritis terughoudendheid geadviseerd ten aanzien van het gebruik van 'disease modifying anti-rheumatic drugs', omdat van zulke middelen op lange termijn geen remmend effect op de progressie van de gewrichtsschade is aangetoond; anderzijds wordt in de carastandaarden gekozen voor een prominente plaats voor inhalatiesteroïden, hoewel het met de wetenschappelijke onderbouwing van dit advies zeker niet beter is gesteld.^{6,11,12}

De standaard Hypertensie toont reserves ten aanzien van het gebruik van calciumantagonisten, omdat hun bijdrage aan de reductie van de sterfte aan hart- en vaatziekten destijds niet was onderzocht.¹³ De bloeddrukdaling door antihypertensiva is immers slechts een surrogaat-eindpunt, omdat de patiënt daar weinig van merkt. Uiteindelijk gaat het om minder morbiditeit en mortaliteit. De standaard Choleste-

rol toont zich daarentegen minder terughoudend tegenover het gebruik van de cholesterolsynthetaseremmer simvastatine, hoewel gegevens omtrent het effect op harde eindpunten evenmin beschikbaar waren.⁷ Het gelijk achteraf – er kwamen omtrent de cholesterolsynthetaseremmers gunstige en omtrent de calciumantagonisten minder gunstige gegevens beschikbaar – rechtvaardigt geenszins de conclusie dat de afwegingen bij de vervaardiging van de desbetreffende standaarden volstrekt rationeel waren; de resultaten hadden net zo goed omgekeerd uit kunnen vallen.

Bij de standaard Het rode Oog bleek de onderbouwing van de keus van lokale antibiotica bij bacteriële conjunctivitis een lastig obstakel.⁶ Ten eerste was de vraag of deze middelen überhaupt moeten worden voorgeschreven, omdat zij de genezing slechts in geringe mate bespoedigen; de bacteriële conjunctivitis is immers een self-limiting disease. Bovendien is het moeilijk een bacteriële oorzaak met zekerheid vast te stellen, want wat is precies een purulent secreet. De kwestie werd uiteindelijk beslecht vanuit de strategische overweging dat een categorische afwijzing van geneesmiddelen bij infectieuze conjunctivitis stellig op veel weerstand zou stuiten; artsen doen nu eenmaal graag iets en patiënten zien hun arts ook graag iets doen. Wat er dan gedaan moest worden bleek, ook na selectie van middelen op grond van werkingsspectrum en kans op bijwerkingen, allerm minst eenvoudig. Met inzet van meer triviale argumenten, zoals gebruiksgemak, toedieningsvorm, prijs en houdbaarheid streken tetracycline, chlooramfenicol, fusidinezuur en het combinatiepreparaat polymyxine B/trimethoprim om de eerste keus. Uiteindelijk zijn alle vier de middelen ex aequo geëindigd.

Bovenstaande voorbeelden van (discrepancies tussen) verhalen die ten grondslag liggen aan de aanbevelingen in standaarden, illustreren dat bepaalde therapeutische richtlijnen ook op andere wijze gestalte hadden kunnen krijgen. Hiermee is echter nog niets ten nadele van de standaarden gezegd, zolang het niet duidelijk

is dat de gemaakte keuzen beter door andere vervangen kunnen worden, hetgeen vooralsnog zelden het geval is. Daaraan ontlene standaarden ook hun normerend karakter. Degene die van de standaard afwijkt, dient daarvoor goede argumenten te hebben, waarbij zowel wetenschappelijke als niet-wetenschappelijke overwegingen een rol kunnen spelen. Deze voorbeelden geven wel aan dat therapeutische aanbevelingen in standaarden, hoewel zij berusten op een bezonnen oordeel, niet altijd alleenzalmakend zijn; zij lenen zich goed voor regelmatige bijstelling en actualisering.

De status van standaarden

Uit het voorafgaande exposé volgt dat er weinig grond is standaarden te verafgoden als gouden kalveren die gediend moeten worden, omdat de goden nu eenmaal zo hebben beschikt.¹⁴ Dikwijls blijkt het beleid het resultaat van een keus uit een aantal plausible opties. Evenals medisch handelen zijn richtlijnen een constructie.¹⁵ Omdat richtlijnen alleen in de vorm van een tekst gestalte kunnen krijgen, zijn standaarden ook te beschouwen als verhalen. De coherentie van het verhaal vereist dat eens gemaakte keuzen tot aan het eind worden voortgezet, want in een goed verhaal kan men niet op twee gedachten hinken. In dit verband is wel voorgesteld om 'de illusie van het singuliere antwoord' los te laten en standaarden als discussiestukken te presenteren.¹⁶ Daarmee zou evenwel het paard achter de wagen worden gespannen, aangezien standaarden juist bedoeld zijn om discussies te beslechten. Voor de legitimatie daarvan kan worden verwezen naar de dagelijkse praktijk, waar de arts ook voor de taak staat een veelal onontwarbare knoop van beslismogelijkheden door te hakken; hij kan nu eenmaal niet met de armen over elkaar blijven zitten.

Van standaarden mag wel worden verlangd dat de overwegingen die ten grondslag liggen aan de gemaakte keuzen, zo goed mogelijk worden geëxpliciteerd. De lezer wordt aldus uitgenodigd te beoordelen of hij het voorgestelde beleid als het

zijne kan beschouwen. De explicatie wordt evenwel principieel begrensd door de spanwijdte van het verhaal waarin de feitelijk gemaakte keuzen als de meest plausible worden gepresenteerd. Zonder een dergelijk verhaal, dat mede bestaat bij de gratie van de kunst van het weglaten, onttaardt de onderbouwing tot een wirwar van opties en tegenstrijdigheden.

Vanzelfsprekend kunnen ten onrechte weggelaten zaken immer aan de kaak gesteld worden door middel van kritiek. Standaarden veronderstellen impliciet dat buitenstaanders worden uitgenodigd erover te discussiëren en een eigen versie van het verhaal te construeren. De uiteindelijke standaard over een bepaald onderwerp is slechts één van de vele mogelijke verhalen, hetgeen noopt tot bescheidenheid.¹⁷ Soms past het niet elke discussie te beslechten, maar – bij arbitraire of triviale kwesties – distantie te bewaren om een overmaat aan regelzucht en algehele weerstand tegen het standaardenbeleid te voorkomen. In zoverre doen standaarden een niet onaanzienlijk appél op de loyaliteit van de huisartsgeneeskundige beroepsgroep, die niet kan worden afgedwongen. Steeds moet de gulden middenweg gevonden worden tussen kritiek en loyaliteit.

Op deze wijze balanceren standaarden tussen wetenschap en verhaal: wetenschappelijke bewijsvoering en het vertellen van een mooi verhaal hebben gelijke prioriteit.

Literatuur

- 1 Burgers JS. De wetenschappelijke onderbouwing van de NHG-Standaarden. Huisarts Wet 1994;37:188-9,193.
- 2 De Meijer PWM. Werken aan verhalen: verhalen aan de universiteit. Rede uitgesproken ter gelegenheid van de 360ste dies natalis van de Universiteit van Amsterdam. Raster 1993;61:145-57.
- 3 Wiersma Tj, Meulenbergh F, Burgers JS. Helderheid en consistentie van standaarden: een kwestie van coherentie. Huisarts Wet 1995;38:175-185.
- 4 Snoek JW. Het denken van de neuroloog [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- 5 Polyani M. Personal knowledge, towards a post-critical philosophy. Chicago: University of Chicago Press, 1958.

- 6 Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 7 Rutten GEHM, Thomas S. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- 8 Neomagus GJH, Terluin B, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 1997;40:167-75.
- 9 Wiersma Tj. Cara is geen Cara: drie visies. Med Contact 1994;49:1005-12.
- 10 Wiersma Tj. Cara is geen Cara: de Cara-standaarden. Med Contact 1994;49:1049-52.
- 11 Geijer RMM, Van Schayck CP, Van Weel C, et al. NHG-Standaard COPD: Behandeling. Huisarts Wet 1997;40:430-42.
- 12 Geijer RMM, Van Hensbergen W, Bottema BJAM, et al. NHG-Standaard Astma bij Volwassenen: Behandeling. Huisarts Wet 1997;40:443-54.
- 13 Walma EP, Grundmeijer HGLM, Thomas S, et al. NHG-Standaard Hypertensie (eerste herziening). Huisarts Wet 1997;40:598-617.
- 14 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden. Huisarts Wet 1995;38:3-6.
- 15 Berg M, De Vries GH. Besliskunde en de constructie van medisch handelen. Med Contact 1991;46:702-4.
- 16 Berg M. Problemen en potenties van het protocol. De voorwaarden om protocollen positief in te zetten. Med Contact 1996;51:366-70.
- 17 Te Dorsthorst JGJM. De NHG-Standaard epicondylitis. Een voorbeeld van een onvoldoende wetenschappelijk gefundeerde richtlijn [Ingezonden]. Huisarts Wet 1997;40:671-3.

