

Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties

Een secundaire analyse

G.P. WESTERT
D.H. DE BAKKER
F.G. SCHELLEVIS

Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. Een secundaire analyse. *Huisarts Wet* 1999;42(1):18-21,30.

Vraagstellingen Hoe groot is de (diagnostische) intrasysteemvariatie – variatie tussen artsen of praktijken – in de Nationale Studie? Is deze variatie voor de classificatiecomponent 'symptomen en klachten' groter dan voor 'diagnosen en ziekten'? Hangt de interpraktijkvariatie samen met praktijkvorm en praktijkgrootte? Is er wat betreft de intrasysteemvariatie overeenkomst tussen registraties? Wat is het gevolg van intrasysteemvariatie voor de betrouwbaarheid van het incidentiecijfer in de gehele populatie?

Opzet Secundaire analyse morbiditeitsspecifieke incidentiecijfers uit Nationale Studie en Transitieproject.

Resultaten De diagnostische intrasysteemvariatie bij nieuwe ziekte-episoden is aanzienlijk in de Nationale Studie. Diagnosen uit de component 'symptomen en klachten' verschillen in interpraktijkvariatie niet van aandoeningen uit de component 'diagnosen en ziekten'. De samenhang tussen de mate van interpraktijkvariatie en de omvang van de huisartspraktijk is gering. Opmerkelijk is de overeenkomst in intrasysteemvariatie tussen beide registratieprojecten. De intrasysteemvariatie heeft, bij voldoende praktijken, slechts een geringe invloed op de betrouwbaarheid van incidentiecijfers in de totale onderzoekspopulatie.

Conclusie In huisartsregistraties is de diagnostische intrasysteemvariatie aanzienlijk. Onderzoek naar overeenkomsten en verschillen hierin tussen registratieprojecten lijkt een veelbelovende weg ter monitoring van de betrouwbaarheid van afzonderlijke registraties. Bij een voldoende omvang van het aantal registrerende artsen of praktijken in een registratieproject is de invloed van intrasysteemvariatie op populatieschattingen overigens gering.

Inleiding

Voor het beschrijven van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking kan gebruik worden gemaakt van verschillende gegevensbronnen.^{1,2} Grofweg zijn er twee typen registraties: zorgregistraties en bevolkingsonderzoeken. Beperken we ons tot de zorgregistraties binnen de huisartspraktijk, dan kunnen veertien registratiesystemen worden onderscheiden.³ *Gijsen et al.* en *Hofmans* hebben de epidemiologische kengetallen – incidentie en prevalentie van ziekten en aandoeningen – voor een selectie uit deze veertien systemen met elkaar vergeleken.^{4,5} In beide rapporten wordt geconcludeerd dat de verschillen in voorkomen van ziekten *tussen* de onderzochte registratiesystemen aanzienlijk zijn, en dat deze onvoldoende kunnen worden verklaard. In beide rapporten ligt het accent op *intersysteemvariatie* en niet op de interdoktervariatie of *intrasysteemvariatie*. Wel brengt *Hofmans* de omvang van de interdoktervariatie binnen de diverse registratiesystemen in verband met de verschillen tussen die systemen. Hij acht het niet uitgesloten dat onderzoek naar de diagnostische variatie *binnen* de afzonderlijke systemen grote verschillen in dit opzicht *tussen* de systemen aan het licht zal brengen. In dat geval zou de vraag gerechtvaardigd zijn of een relatief lage diagnostische interdoktervariatie niet moet worden beschouwd als een indicatie voor een relatief hoge betrouwbaarheid van de door het systeem gegenereerde incidentie- en prevalentiecijfers.⁵

In beschrijvende zin is er over diagnostische interdoktervariatie in de huisartspraktijk het een en ander onderzocht. *Marinus* stelde vast dat de huisartsen in het Transitieproject varieerden in het gebruik van de verschillende ICPC-hoofdstukken en de daarbinnen onderscheiden codes.⁶⁻⁸ Zij kon deze verschillen niet verklaren uit verschillen in samenstelling van de diverse patiëntenpopulaties. Binnen de Nationale Studie bleken eveneens aanzienlijke verschillen te bestaan op het niveau van de ICPC-hoofdstukken.^{9,10} In het Verenigd Koninkrijk vonden *Crombie et al.* sub-

stantiële variaties op het niveau van de ICD-hoofdstukken.¹¹

Diagnostische interdoktervariatie bestaat dus en is qua omvang aanzienlijk. De verklaring dat interdoktervariatie vooral komt door verschillen in incidentie van ziekte is niet aannemelijk. De verklaring dat de verschillen grotendeels te wijten zijn aan registratiefouten, ligt evenmin voor de hand. Andere verklaringen en hypothesen in dit verband zijn:

- Interdoktervariatie is groter voor de classificatiecodes uit de ICPC die zijn gereserveerd voor symptomen en klachten (component 1) dan voor de codes die diagnosen of ziekten (component 7) representeren. Gemiddeld genomen is in de categorie 'symptomen en klachten' de diagnose van de huisarts minder uitgekristalliseerd dan wanneer een code uit ICPC-component 'diagnosen, ziekten' wordt geregistreerd. Is het wellicht zo dat de variatie vooral veroorzaakt wordt door de codes uit component 1?

- Mogelijk is er ook een bepaalde samenhang tussen interdoktervariatie en de werkomstandigheden van de huisarts: praktijkvorm en praktijkgrootte. Wat betreft de praktijkvorm luidt de hypothese: artsen die in een solopraktijk werken, krijgen minder inhoudelijke feedback, waardoor zij gemiddeld wat betreft interdoktervariatie hoger scoren dan hun collega's in samenwerkingsverbanden. Wat betreft praktijkgrootte is de verwachting minder eenduidig: in kleine praktijken heeft men meer tijd voor zorgvuldig registreren en classificeren, maar in grote praktijken is door de grotere aantallen patiënten die gezien worden, de variatie in ICPC-codes groter, wat de betrouwbaarheid van het registreren ten goede zal komen.

In deze secundaire (her)analyse doen wij een poging het inzicht in de interpretatie en gevolgen van interdoktervariatie te vergroten. We gaan daarbij uit van de volgende vragen:

- 1 Hoe groot is de intrasysteemvariatie – variatie tussen artsen of praktijken – voor veel voorkomende ziekten en aandoeningen in de Nationale Studie?
- 2 Is de variatie voor 'symptomen en

Dr. G.P. Westert, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven.

Dr. D.H. de Bakker, dr. F.G. Schellevis, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Correspondentie: dr. G.P. Westert.

- klachten' groter dan voor 'diagnosen en ziekten'?
- 3 Hangt de interpraktijkvariatie samen met praktijkvorm en praktijkgrootte?
 - 4 Is er wat betreft de intrasysteemvariatie overeenkomst tussen registraties?
 - 5 Wat is het gevolg van intrasysteemvariatie voor de betrouwbaarheid van het incidentiecijfer in de gehele populatie?

Methoden

Voor dit artikel is voornamelijk gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens over de diagnostische interdoktervariatie binnen het Transitieproject.⁸

De gegevensverzameling ten behoeve van de Nationale Studie heeft plaatsgevonden in vier registratieperioden van telkens een kwartaal tussen 1 april 1987 en 1 april 1988. De 160 deelnemende huisartsen noteerden de redenen voor contact en diagnosen in vrije-tekstformaat. Geautomatiseerde verwerking van de morbiditeitsgegevens vond centraal plaats op het Nivel. 'Veldwerkers', die eenmaal per week de registrerende huisartspraktijken bezochten, vormden de belangrijkste schakel tussen de huisartspraktijk en het Nivel. Zij hielpen de artsen bij het organiseren van de dataverzameling en het controleren van de ingevulde registratieformulieren. Op het Nivel codeerden zij de ingevulde formulieren en voorsagen zij de ingevulde redenen voor contact en diagnosen van een ICPC-code.* Deze codes werden ingevoerd in de computer. Achteraf zijn de morbiditeitsgegevens gecontroleerd door twee medische experts. De veldwerkers en beide experts hebben eveneens de contactregistratie geaggregeerd tot een episodegeoriënteerde registratie, wat een zuiverder beeld geeft van de incidentie van ziekten dan op grond van afzonderlijke contacten mogelijk is.

Het bestand is geaggregeerd naar het niveau van huisartspraktijken (n=102). In de samenwerkingsverbanden (n=51) bleek het niet mogelijk incidenties per individuele arts te berekenen, omdat de patiënten

in deze praktijken te maken hebben met verschillende artsen, terwijl de noemer van de 'epidemiologische breuk' per afzonderlijke huisarts onbekend is.

In verband met de relatief korte registratieperiode in de Nationale Studie is de interdoktervariatie alleen bekeken voor de incidentiecijfers.

De ondergrens voor de selectie van ziekten en aandoeningen is – conform het onderzoek van *Marinus* – gesteld op een incidentie van 3 per 1000 ingeschreven personen. Aldus werden 26 ICPC-gecodeerde ziekten en aandoeningen geselecteerd. Restcategorieën, zoals 'A 99 – andere gegeneraliseerde ziekten' – zijn buiten de analyses gehouden.

Voor iedere praktijk afzonderlijk werden (kwartaal)incidenties berekend.

Er zijn verschillende maten om interpraktijkvariatie mee uit te drukken: de variatiecoëfficiënt, de chi-kwadraat en de procentuele maten. Voor dit onderzoek volgen wij *Marinus* in haar keuze voor de P2-maat. De P2-maat geeft de gemiddelde procentuele afwijking per praktijk van de waargenomen ten opzichte van de verwachte waarden. Stel dat P2 50 procent is, dan wil dat zeggen dat de waargenomen incidenties per praktijk bij benadering gemiddeld 50 procent verwijderd liggen van de verwachte incidenties. De statistische samenhang tussen deze maat en de variatiecoëfficiënt is zeer groot. *Marinus* typeert een interdoktervariatie vanaf een P2 van 20 procent als 'groot'.⁸

De per praktijk berekende kwartaalincidenties zijn statistisch gecorrigeerd voor verschillen in samenstelling van de praktijkpopulatie: het percentage 65-plussers, het percentage vrouwen en het percentage ziekenfondspatiënten. Verder is gecorrigeerd voor het seizoen waarin werd geregistreerd. Het analyseren van seizoensinvloeden is nodig, omdat de hier gebruikte jaarincidenties geschat zijn op basis van cijfers uit een contactregistratie van drie maanden. De ruim honderd praktijken zijn gelijk verdeeld over de vier seizoenen, de regio waarbinnen de praktijk is gelegen (noord, midden en zuid) en de urbanisatiegraad (ruraal, suburbaan en urbaan) van de

regio waarbinnen de registrerende huisartspraktijk is gelegen. De methode van statistische correctie is die van standaardisatie via multipele regressie.¹² Volgens deze methode wordt met behulp van de genoemde zes variabelen – regio, urbanisatiegraad en seizoen via resp. twee, twee en drie dummy's – per ziektecategorie de jaarincidentie geschat. Door vervolgens het residu uit de regressievergelijking te vermeerderen met de gemiddelde kwartaalincidentie, berekend over de 102 huisartspraktijken, wordt een voor deze zes kenmerken gecorrigeerde incidentie verkregen.

Resultaten

1 Uit *tabel 1* blijkt dat alle ziekten en aandoeningen met een minimale incidentie van 3 per 1000 aanzienlijk variëren tussen de huisartspraktijken. De in de verschillende praktijken waargenomen incidenties liggen gemiddeld minimaal 20 procent en maximaal 77 procent verwijderd van de verwachte incidenties.

2 De in de tabel cursief afgedrukte aandoeningen betreffen symptomen en klachten. In deze gevallen waren de registrerende huisartsen (nog) niet in staat component 7 van de ICPC te gebruiken: diagnosen en ziekten. Volgens de hypothese zou de gemiddelde intrasysteemvariatie groter zijn bij de 'symptomen en klachten'. Dit is echter niet het geval: in beide componenten is P2 gemiddeld 43,5 procent.

3 De interpraktijkvariatie tussen de solopraktijken is in 85 procent van de gevallen gelijk aan de variatie tussen de niet-solopraktijken. De incidentie van acute laryngitis/tracheïtis (R77), neurasthenie/surmenage (P78) en hypertensie (K86) varieert duidelijk minder tussen de solopraktijken: P2 in de solopraktijken is steeds ongeveer de helft kleiner. Over het geheel blijft de intrasysteemvariatie echter ook bij een uitsplitsing naar praktijkvorm aanzienlijk.

* Ten tijde van de Nationale Studie is een licht afwijkende versie van de officiële ICPC⁶ gebruikt, omdat deze toen nog niet beschikbaar was.

De interpraktijkvariatie tussen de grotere praktijken en tussen de kleinere praktijken (gemeten in het aantal ingeschreven personen per voltijds huisarts) is bij 80 procent van de ICPC-diagnosen van gelijke omvang. Neurasthenie/surmenage (P78) en schouderafwijkingen (L92) variëren duidelijk meer tussen de kleine praktijken; in het geval van influenza is variatie tussen de grote praktijken juist groter.

4 We hebben geconstateerd dat onderscheid naar praktijkvorm weinig effect heeft op de intrasysteemvariatie. Praktijkvorm – solo versus niet-solo – weerspiegelt het verschil in variatie tussen twee analyseniveaus: dokter versus praktijk. Het meten van intrasysteemvariatie via interdoktervariatie dan wel via interpraktijkvariatie blijkt echter slechts een gering effect te hebben op de omvang van de variatie. Daarom kunnen we de gegevens van de Nationale Studie en die van het Transitieproject met elkaar vergelijken. Voor drie van de 26 onderscheiden ziekten kan geen vergelijking worden gemaakt, omdat *Marinus* hierover geen gegevens levert (D22, P78 en R80). Door een verschil in codering in het geval van tendinitis/synovitis kon ook deze ziekte niet in de vergelijking worden opgenomen. Er resteren dus 22 ziekten (tabel 2).

De meest en minst variërende ICPC-diagnosen zijn in beide registratieprojecten ongeveer dezelfde: acute laryngitis/tracheitis (R77), hypertensie (K86) en hoesten (R05) versus cystitis/urinewegs-infectie (U71), cerumen (H81) en infectie bovenste luchtwegen (R74). De rangcorrelatie (Spearman's rho) tussen de P2's per ziekte uit de twee registraties is 0,30 ($p=0,18$, $n=22$). Na verwijdering van de 'uitbijter' spierpijn/fibrositis (L18) is de rangcorrelatie 0,44 ($p=0,02$, $n=21$).

De gemiddelde P2-maat is voor de Nationale studie 42 en voor het Transitieproject 40. Het verschil tussen laagste en hoogste P2 (de 'range') verschilt ook nauwelijks tussen beide registraties. In combinatie met met de statistisch significante samenhang in rangcorrelatie rechtvaardigt dit de conclusie dat er duidelijke aanwijzingen zijn voor overeenkomst in intrasysteemvariatie tussen beide registraties.

5 De betrouwbaarheidsintervallen rondom het incidentiecijfer van de afzonderlijke ICPC-diagnosen variëren in omvang van 10 tot ruim 40 procent van het gemiddelde incidentiecijfer. In het geval van otitis media acuta (H71) is de gemiddelde in-

cidentie 6,9 per 1000 (tabel 1). Het betrouwbaarheidsinterval loopt van 6,2 tot 7,6 per 1000. De omvang van het interval is 20 procent van 6,9. Het betrouwbaarheidsinterval is het grootst bij acute laryngitis/tracheitis (R77) en loopt van 2,4

Tabel 1 Incidentie van 26 ziekten en aandoeningen en variatie (P2) tussen huisartspraktijken ($n=102$) uit de Nationale Studie 1987/1988. De cijfers zijn gecorrigeerd voor de aggregaten leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, (urbanisatiegraad) regio en seizoen.

ICPC-diagnose	ICPC-code	Incidentie per 1000	P2
Acute laryngitis/tracheitis	R77	3,0	77
Influenza	R80	6,3	60
Neurasthenie/surmenage	P78	3,8	59
Schouderafwijking	L92	2,6	50
Ongecom. hypertensie	K86	2,7	49
Angst/nervus/gespannen	P01	3,4	49
Acute tonsillitis/adenoiditis	R76	5,8	49
Hoesten	R05	9,2	48
Gastritis	D87	2,8	48
Lage-rugpijn zonder uitstraling	L03	6,1	48
Spastisch colon	D93	3,5	47
Tendinitis/synovitis	L93.9	3,8	46
Scheur/snijwond	S18	3,6	44
Wratten	S03	5,2	42
Acute bronchi(oli)tis	R78	10,9	41
Allergische conjunctivitis	F71	5,5	40
Parasieten/wormen	D73	3,1	40
Otitis media acuta	H71	6,9	38
Sinusitis	R75	8,2	38
Zwangerschap bevestigd	W78	2,7	38
Otitis externa	H70	3,0	38
Dermatophytosis/-mycosis	S74	5,0	35
Spierpijn/fibrositis	L18	12,9	34
Infectie bovenste luchtwegen	R74	31,6	31
Cystitis/urinewegs-infectie	U71	10,1	28
Cerumen	H81	8,7	20

Tabel 2 Variatie binnen Nationale Studie (NS) en Transitieproject (TP) per ICPC-code (nieuwe episoden) vergeleken (P2-maat)

ICPC-code	NS	TP	ICPC-code	NS	TP
L18	34	84	S18	44	35
R77	77	70	H70	38	33
R05	48	55	S03	42	32
K86	49	54	L03	48	30
D87	48	49	H81	20	30
W78	38	45	D93	47	29
P01	49	44	H71	38	29
R78	41	43	R75	38	28
F71	40	36	R74	31	27
U71	28	36	R76	49	25
L92	50	35	S74	35	25

tot 3,6 per 1000. In een percentage uitgedrukt is dit ruim 40 procent van de gemiddelde incidentie van 3 per 1000.

Wat betreft de betrouwbaarheid van populatieschattingen op basis van gegevens uit de Nationale Studie is de conclusie dat de intervallen klein en acceptabel zijn. Het relatief grote aantal praktijken in onze analyses heeft hier alles mee te maken. Bij een veel kleiner aantal huisartspraktijken zullen de betrouwbaarheidsintervallen aanzienlijk breder liggen, zoals gemakkelijk valt te voorspellen aan de hand van de formule voor de standaardfout ($SD/\sqrt{n}$).¹¹

Beschouwing

Gegeven de uitkomst van deze studie zijn verschillen in benoeming tussen artsen een grotere bron voor variatie in de incidentie van ziekten en aandoeningen tussen huisartspraktijken dan verschillen in aanbod van klachten tussen praktijken, hetgeen in deze studie benaderd is door correctie voor de praktijkpopulatiekenmerken leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Pogingen tot het terugbrengen van de interpraktijkvariatie in het stellen en voorkomen van diagnoses in de huisartspraktijk zouden gezocht kunnen worden in het verbeteren van de praktische haalbaarheid van classificatiesystemen voor diagnoses en redenen voor contact en het trainen van registrerende artsen in het uniform gebruik van classificatiesystemen. Wat betreft de praktische haalbaarheid zijn de huidige ontwikkelingen in de automatisering veelbelovend. Investeren hierin is nodig om de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens en daarmee het nut voor gezondheidszorgonderzoek te waarborgen. Investeren in de betrouwbaarheid van gegevens is ook van belang in de dagelijkse praktijk. In praktijken waarin diverse huisartsen samenwerken – dat aantal groeit sterk – is het gebruik van een gemeenschappelijke ‘taal’ belangrijk in de continuïteit van de zorgverlening. Hetzelfde geldt voor de samenwerking in huisartsgroepen en waarnemingsituaties.

De onderhavige studie is beperkt in het exploreren van factoren die interdoktervariatie zouden kunnen verklaren. We heb-

ben alleen gekeken naar de samenhang met vorm en omvang van praktijken. Andere studies gaan hierin wat verder, maar worstelen veelal en eveneens met het probleem van weinig samenhang.¹³ Verder is over verklarend onderzoek naar variaties in handelen van medisch specialisten binnen ziekenhuizen vele malen meer gepubliceerd dan over dit type onderzoek bij huisartsen.¹⁴

Tot slot resteert een belangrijke kwestie: hoeveel interdokter- of interpraktijkvariatie is acceptabel. Als we uitgaan van de hier gebruikte P2-maat moeten we concluderen dat 20 procent wellicht te streng is. Alle in dit artikel onderzochte ziekten en aandoeningen ‘scoorden’ hoger dan dit criterium. *Fleming* stelde onlangs een ander criterium voor, namelijk de intrasysteemvariatie bij een ziektebeeld waarbij grote variatie onwaarschijnlijk is. Een door hem in dit kader genoemde voorbeeldziekte is herpes zoster. Met een kwartaalincidentie van 1 per 1000 is de interdoktervariatie voor deze aandoening op basis van het materiaal van de Nationale Studie niet goed te berekenen. P2 voor nieuwe episoden van herpes zoster in het Transitieproject is 27 procent. Op basis hiervan zouden we kunnen besluiten de ondergrens te leggen bij 35 of 40 procent. We laten dan een blijkbaar ‘natuurlijke’ hoeveelheid benoemingsverschillen toe. Bezien we dit vanuit *Leder's* visie op het (huisarts)geneeskundige proces, dan is analyse van registratiegegevens analyse van tertiaire teksten met een begrijpelijke hoeveelheid basisruis.¹⁵ De primaire tekst wordt gevormd door het verhaal waarmee de patiënt bij de arts komt, de secundaire tekst wordt gevormd door de optelsom van wat de arts interpreteert naar aanleiding van het verhaal van de patiënt en het ondernomen diagnostisch onderzoek. Verslaglegging en dus ICPC-codering is tertiair materiaal. Benoemingsverschillen tussen huisartsen zijn verder deels verklaarbaar uit de aard van het vak van de huisarts; een generalist die patiënten veelal in een relatief vroeg stadium van ziekte ziet en dus te maken heeft met veel werkdiagnosen.

Een zinnige onderzoeksstrategie, reeds

gesuggereerd door *Hofmans*⁵ en in ons artikel deels toegepast, lijkt ons het opsporen van ziekten en aandoeningen die binnen de ICPC-classificatie als eenduidig bekend staan, maar qua intrasysteemvariatie hoog zitten ($P2 > 60\%$) en bovendien sterk verschillen tussen huisartsregistraties. Op basis van dit type onderzoek kan dan per ziekte of ziektecluster in kaart worden gebracht welke registraties voor welke ziekte(clusters) lage intrasysteemvariaties weten te realiseren. Niet het feit dat epidemiologische kengetallen tussen registraties zo sterk verschillen, duidt op gebrek aan betrouwbaarheid, maar verschillen in intrasysteemvariatie tussen de registraties.^{4,5,16} Vooralsnog lijken deze verschillen – getuige ons beperkte onderzoek – mee te vallen.

Literatuur

- 1 Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC, eindredactie. Volksgezondheid Toekomstverkenningen 1997: I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Den Haag: Sdu, 1997.
- 2 Ruwaard D, Kramers PGN, eindredactie. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Den Haag: Sdu, 1997.
- 3 Hart HE, Van der Wouden JC, Höppener P, et al. Huisartsgeneeskundige registraties in Nederland. Instituut Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam/Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, 1996.
- 4 Gijsen R, Verkleij H, Dijksterhuis PH, et al. Ziektespecifieke vergelijking van de geregistreerde morbiditeit in vier huisartsregistraties: een analyse ten behoeve van VTV-1997. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1997.
- 5 Hofmans EA. Incidentie- en prevalentiecijfers uit vijf huisartsregistratiesystemen. Verslag van een pilotonderzoek. Amsterdam: MediTekst, 1997.
- 6 Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 7 Marinus AMF. Inter-doktervariatie in het Transitieproject. Huisarts Wet 1990;33:4-8.
- 8 Marinus AMF. Inter-doktervariatie in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 9 Bensing JM, Foets M, van der Velden J, van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991;34:51-61.

Vervolg literatuur op pag. 30.

NHG-Standaard Cervixuitstrijken: wijzigingen vervolgbeleid

Na het verschijnen van de eerste herziening van de NHG-Standaard Cervixuitstrijken (Huisarts Wet 1996;39:134-41) heeft op initiatief van een werkgroep van de Ziekenfondsraad overleg plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de LHV, NHG, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP). In dit overleg is consensus bereikt over een aantal discussiepunten die betrekking hebben op het vervolgbeleid. Dit heeft geleid tot een aantal wijzigingen in de NHG-Standaard. Hierover is eerder bericht (Huisarts Wet 1997;40:187, Huisarts Wet 1998;41:316-7). Het samenvattingskaartje waarin de wijzigingen verwerkt zijn, is in dit nummer van H&W bijgesloten. De gewijzigde tekst van de standaard is op te vragen bij het NHG en wordt te zijner tijd gepubliceerd in de tweede druk van Standaardenboek deel 1.

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste wijzigingen.

- De classificatie B2 (verminderd beoordeelbaar) wordt vervangen door 'voldoende beoordeelbaar maar beperkt door ['probleemtypering']' (bijvoorbeeld ontbreken van endocervicale cilindercellen, veel leukocyten, veel bloed of slechte fixatie). *Bij B2 wordt de uitstrijk uitsluitend vervroegd herhaald als de overige KOPAC-codes daartoe aanleiding geven (het herhalingsadvies was: na 6 maanden).* Voor het herhalingsadvies bij een uitslag waarbij de beoordeelbaarheid beperkt is door het ontbreken van endocervicale cilindercellen: zie verder.
- Herhalingsadvies bij het ontbreken van endocervicale cilindercellen (C2)
Een uitstrijk waarin de endocervicale cilindercellen ontbreken maar waarin de overige KOPAC-codes niet afwijkend zijn, wordt herhaald na 6 maanden (herhalingsadvies was: na 6 weken). Als de endocervicale cilindercellen in deze herhalingsuitstrijk ook ontbreken en de overige KOPAC-codes niet afwijkend zijn, wordt de vrouw na vier en een half jaar weer regulier volgens het schema van het bevolkingsonderzoek uitgenodigd.
- Herhalingsadvies bij ontstekingsverschijnselen
De categorie 'ontstekingsverschijnselen' komt te vervallen. Het herhalingsadvies bij ontstekingsverschijnselen zoals veel leukocyten is afhankelijk van de beoordeelbaarheid (zie eerder) en de overige KOPAC-codes.

- Overige wijzigingen betreffen het herhalingsadvies bij (ab)normaal endometrium in de uitstrijk. Omdat dit weinig voorkomt wordt hierop verder niet ingegaan.

De adviezen met betrekking tot P2-3 (voorheen Pap 2) en P4 blijven gehandhaafd. Door de aangescherpte criteria zullen veel minder uitstrijken geclassificeerd worden als P2-3. De 'nieuwe' P2-3 uitslagen zullen bovendien naar verwachting vaker dan in het verleden relevante afwijkingen vertonen.

Roeland Geijer,
huisarts-stafid
afdeling Standaardenontwikkeling NHG

Standaarden bij ziekte... en de ziekte

De bijdrage van *Fleuren* 'Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen?'¹ berust op een misvatting, die zeer algemeen is. Ik zal proberen dit duidelijk te maken, maar deze misvatting heeft ons denken zo vertroebeld dat ik het niet vreemd zou vinden als ik bij vele lezers van dit blad op onbegrip stuit.

Vrijwel alle standaarden berusten op het begrip ziekte. Welnu: ziekte bestaat niet, ziekte is geen entiteit, geen zelfstandig bestaand iets. Ziekte is een begrip dat door ons denken geconstrueerd is om de werkelijkheid beter te kunnen begrijpen. Niemand heeft ooit een verkoudheid gezien, wel een kind dat verkouden is. Hypertensie bestaat niet, wel een patiënt met hypertensie. Wat in een leerboek onder mazen beschreven staat, is datgene wat mazelenpatiëntjes gemeen hebben: het is een abstractie. Het NHG-congres in 1972 was aan deze zaken gewijd.²

Om het voorbeeld van *Fleuren* te nemen: een dreigende miskraam bestaat niet, wel een vrouw bij wie de diagnose (dreigende) miskraam gesteld is. Dat de auteur zich haar denkfout niet realiseert, blijkt uit het voorbeeld dat zij geeft van het uittesten van een auto. Dat is wel wat anders dan het uittesten van een standaard.

Iemand die denkt dat ziekte bestaat, hanteert het ontologische ziektebegrip, een ziektebegrip waar artsen bijvoorbeeld in het begin van de vorige eeuw soms van uitgingen.³ Het lijkt of dit ziektebegrip in onze tijd niet meer voorkomt. Maar in de krant lezen wij dat 'de griep' in het noorden van het land weer heeft toegeslagen, en dat 'de kanker' bestreden dient te worden. Het merkwaardige is niet alleen dat hier het ontologische ziektebegrip wordt gehanteerd, maar ook dat het taalgebruik daarbij altijd verwijst naar strijd en/of oorlog. Kanker moet echter niet bestreden worden. Het gaat erom kankerpatiënten zo goed mogelijk te behandelen. Deze hypostasering, dit tot een zelfstandigheid verheffen van een abstractie, komt veel voor.⁴ Velen zeggen dat alle godsdiensten hierop berusten.

Wanneer *Fleuren* zich afvraagt waarom standaarden in de praktijk niet gevolgd worden, ligt hier het antwoord. Standaarden hebben – hoe nuttig zij ook zijn – slechts een geringe waarde. De arts moet zijn handelen voortdurend aanpassen in de concrete situatie bij de concrete patiënt. Dat heet geneeskunst en vele huisartsen beheersen die. Er bestaat geen standaard waarin de huisarts kan lezen wat hij pre-

VERVOLG

Vervolg literatuur pag. 21.

- 10 Van der Velden J, de Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 11 Crombie DL, Cross KW, Fleming DM. The problem of diagnostic variability in general practice. J Epidemiol Community Health 1992;46:447-54.
- 12 Van Vliet RCJA, Van de Ven WPM. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden: directe standaardisatie met behulp van meervoudige regressie. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1986;64:669-75.
- 13 Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. Scand J Prim Health Care 1997;15:68-75.
- 14 Westert GP. Artsen en de couleur locale: over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1996;74:52-6.
- 15 Leder D. Clinical interpretation: the hermenetics of medicine. Theoretical Med 1990;11:9-24.
- 16 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts: over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen: Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, 1998. ■