

# Eenvoud is het kenmerk van het ware (maar soms is de waarheid complex)

Een kort naschrift

FG SCHELLEVIS, GP WESTERT

Hofmans doet in het voorafgaande verslag van zijn eerder uitgevoerde vergelijking van vijf registratiesystemen, maar dan nu aan de hand van de in ons artikel voorgestelde criteria. Op grond daarvan formuleert hij drie conclusies. Over de eerste twee kunnen we kort zijn, op de derde gaan we wat dieper in.

## Verantwoording

*De verantwoording van de wijze waarop gegevens in huisartsregistratiesystemen worden verzameld en bewerkt en de toegankelijkheid daarvan laten sterk te wensen over.*

In ons artikel besteedden wij al aandacht aan de slechte toegankelijkheid van deze informatie. Wij ondersteunen het pleidooi van Hofmans voor een sleutelpublicatie, al werpen tijdschriftredacties daarvoor de grootste hindernis op. De informatie in de brochure van *Metsemakers* is overigens niet bedoeld als uitgebreide verantwoording; de brochure dient ter ontsluiting van de huisartsgeneeskundige registraties.<sup>1</sup>

## Beoordelingscriteria

*De door ons voorgestelde criteria voldoen niet geheel bij het beoordelen van de bruikbaarheid van gegevens.*

Achteraf bezien is het misschien wat gewrongen om in eenzelfde model de bruikbaarheid van gegevens en het kritisch lezen van publicaties daarover te willen combineren. Voor de beoordeling van de bruikbaarheid van gegevens door onderzoekers die deze gegevens verder willen bewerken lijkt ons het door Hofmans voorgestelde een welkome aanvulling.

## Interdoktervariatie

*Er wordt te weinig aandacht besteed aan het fenomeen interdoktervariatie ten aanzien van diagnostische gegevens.*

Om te beginnen beschouwen wij interdoktervariatie primair als een aspect van betrouwbaarheid en niet van validiteit. In de

reactie van Hofmans dreigen deze twee wat door elkaar te lopen.

Het stellen van een diagnose behoort tot de kern van de geneeskunde. Het diagnostisch proces is – in theorie – in stappen uiteten te rafelen:

- Idealiter onbevooroordeelde – observatie door een arts van lichamelijke en psychische fenomenen bij een medemens die per definitie aan biologische variatie onderhevig zijn;
- Vergelijking van de observatiebevindingen met het individuele nosologische kader van de arts; dit kader is op zichzelf al aan veranderingen onderhevig (denk maar aan de ‘modeziekten’), maar ook het individuele kader verandert in de loop van de jaren onder invloed van scholing en ervaring;
- De benoeming van de waargenomen fenomenen in nosologische zin; het is algemeen bekend dat de diagnostische titels onder andere sterk cultuurgebonden zijn.<sup>2</sup>

Indien de aldus tot stand gekomen diagnose vervolgens geclassificeerd en gecodeerd wordt, is dat een vierde interpretatiestap.

Het moge duidelijk zijn dat diagnostische interdoktervariatie inherent is aan het feit dat geneeskunde mensenwerk is, en als gegeven niet alleen geaccepteerd, maar ook – en dat zijn wij met Hofmans eens – serieus genomen moet worden.

Wat betekent deze conclusie voor de waarde van epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk?

Deze vraag is niet eenduidig te beantwoorden, want de waarde van epidemiologische gegevens is afhankelijk van het doel waarvoor deze gegevens worden gebruikt. Zo worden voor de selectie van patiënten voor een *randomized clinical trial* heel andere eisen ten aanzien van betrouwbaarheid én validiteit aan de diagnose gesteld dan voor het schatten van de omvang van het medicatiegebruik bij een specifieke diagnose. Hofmans suggereert om eerst het fenomeen interdoktervariatie verder te onderzoeken alvorens te beginnen met nieuwe registratie-activiteiten; naar onze mening kunnen deze activitei-

ten zeer goed simultaan plaatsvinden, mits nieuw verworven inzichten steeds weer worden verwerkt in de opzet van de registratie. Zoals wij al eerder suggereerden,<sup>3</sup> zijn daarbij de volgende punten van belang:

- Het aantal aan de registratie deelnemende huisartsen bepaalt in sterke mate de intrasysteemvariatie.
- Maatregelen treffen ‘bij de bron’ om de interdoktervariatie binnen een registratiesysteem binnen acceptabele grenzen te houden (bijvoorbeeld door middel van scholing of een helpdesk).
- Analyse en publicatie van de grootte van de interdoktervariatie (desgewenst met vermelding van een grenswaarde waarboven de variatie onacceptabel groot is), zodat gebruikers en lezers zich een oordeel kunnen vormen over de betrouwbaarheid van de verstrekte informatie.

Ten slotte willen wij opmerken dat onderzoek naar interdoktervariatie met betrekking tot behandelingen al een lange traditie heeft.<sup>4</sup> De bestaande onderzoeksliteratuur biedt veel waardevolle aanknopingspunten om het onderzoek naar diagnostische interdoktervariatie een nieuwe impuls te geven. De waarheid over interdoktervariatie is te complex om die volledig te kunnen doorgronden. Desondanks kan het inzicht hierin stap voor stap toenemen. Als verantwoordelijken voor de registratie in het kader van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk zullen wij hieraan zeker ons steentje bijdragen.

1 Metsemakers JFM. Huisartsgeneeskundige registraties in Nederland. Editie 3. Maastricht / Rotterdam: Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht / Instituut Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.

2 Payer L. Medicine and culture. New York: Penguin books, 1988.

3 Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. *Huisarts Wet* 1999;42:18-21, 30.

4 Westert GP. Artsen en de couleur locale: over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1996;74:52-6.