

'Kies in een restaurant nooit de goedkoopste fles wijn'

Tijdens de NHG-Wetenschapsdag van 27 mei houden twee Amsterdamse hoogleraren een lezing over het thema van de dag: beslissingsondersteuning. Een van hen is Patrick Bossuyt, hoogleraar Klinische epidemiologie aan het AMC-UvA. In een interview vertelt hij over de zin en onzin van beslisregels.

Beslissen of voorspellen

Bossuyt bestudeert onder meer beslisregels en predictiemodellen. Wat is precies het verschil daartussen? 'Een predictiemodel levert meestal een score op: hoe hoger die is, hoe sterker je vermoeden wordt dat een aandoening aanwezig is. Maar een beslisregel gaat verder: die stelt dat je bij bepaalde afkapwaarden een aandoening kunt uitsluiten. Vaak kun je dus wel een predictiemodel maken, maar dat betekent nog niet dat je ook een beslisregel hebt ontwikkeld. Als een positieve score

bijvoorbeeld een sensitiviteit van 80% heeft en een specificiteit van 70%, ziet dat er best goed uit. Maar als je dan iedereen met een negatief resultaat zou wegsturen, mis je toch nog 1 op de 5 gevallen. Bij ernstige aandoeningen wil je daar niet op varen, dat is veel te veel.'

Regels in de praktijk

'Beslisregels kunnen je helpen bij het vaststellen of uitsluiten van aandoeningen die je al overweegt', verduidelijkt Bossuyt. 'Zo zijn er bij enkelletsel de *Ottawa Ankle Rules* waarmee je kunt bepalen of je wel of niet een foto moet laten maken. Een andere bekende regel is gebaseerd op de Wells-criteria; die kunnen samen met een D-dimeerbepaling longembolie uitsluiten. Maar er zijn nog veel meer beslisregels.'

En worden al die regels in de praktijk ook volop gebruikt? Bossuyt: 'Nee, er bestaan veel meer regels dan er worden gebruikt. Daarvoor zijn wel enkele verklaringen. Allereerst worden veel beslisregels ontwikkeld die leunen op een zwakke methodologie. De prestaties van die regels laten dan ook vaak te wensen over. En ook kan niet iedereen onthouden welke regels er zoal zijn.'

Gebrekkige methodologie

Hoe komt het dat de methodologie bij de ontwikkeling van beslisregels vaak te wensen overlaat? Bossuyt: 'Vaak denken onderzoekers dat ze niet meer nodig hebben dan een heleboel gegevens plus een methodiek om op basis daarvan de beslisregel te maken. Maar dan zijn er te veel toevalligheden en kunnen de prestaties anders uitpakken in afwijkende situaties. Ook worden veel regels niet gevalideerd en als dat wel gebeurt, dan valt de evaluatie vaak tegen. Gelukkig verandert de methodologie heel geleidelijk in de goede richting. Tijdschriften vragen nu vaker om een validatie van beslisregels, want we weten allang dat de prestaties dikwijls te wensen overlaten.'

Buikpijn en koorts

'Ook al is de ontwikkelingsmethodologie goed, dan nog zijn sommige problemen veel te lastig om met eenvoudige

beslisregels te lijf te gaan', vervolgt Bossuyt. 'Acute buikpijn is bijvoorbeeld een klacht waarbij er iets ernstigs aan de hand kan zijn, maar het is de vraag of daar ooit een goede beslisregel voor zal komen. Dat is al vaak geprobeerd, maar niet helemaal gelukt. In de aard en presentatie van de klachten zitten nu eenmaal grote verschillen en de bevindingen uit anamnese en lichamelijk onderzoek zijn niet erg specifiek. Een ander voorbeeld is kinderen met koorts; ook daarbij is al vaak geprobeerd om een beslisregel te maken, maar dat lukt niet altijd goed, helaas.'

Eerste en tweede lijn

De aandoeningen verschillen niet in de eerste en tweede lijn, maar de setting natuurlijk wel. Zou het daarom volgens Bossuyt nuttig zijn om onderscheid te maken tussen beslisregels voor de eerste en tweede lijn? 'Ja, want er zit een filter tussen de patiënten die zich presenteren in de eerste en tweede lijn. Daardoor verschillen de prevalentie én de aard van de aandoeningen. Een beslisregel die goed presteert in de eerste lijn hoeft dat dus nog niet te doen in de tweede lijn, en andersom.'

En is er ook verschil in de focus van beslisregels op het uitsluiten of juist aantonen van problematiek? Bossuyt: 'Veel succesvolle beslisregels zijn meer gericht op het uitsluiten dan op het aantonen van ernstige aandoeningen. En dat geldt zowel voor de tweede als voor de eerste lijn.'

Register onder voorwaarden

Zoals gezegd zijn er veel meer beslisregels dan worden gebruikt. Zou het dan niet handig zijn om een register te maken waarin alle regels zijn verzameld? Bossuyt: 'Zeker, want het is nu vaak erg lastig om ze op te sporen in de literatuur. Maar het zou dan wel belangrijk zijn zo'n register niet te beschouwen als een "stempel van goedkeuring". Immers, een regel kan goed presteren in het land waar die is ontwikkeld, maar dat kan in Nederland dan nog heel anders uitpakken. Je zou willen dat eerst wordt bekeken of de gebruikte methodologie goed is én of de beslisregel ook



geschikt is voor toepassing in Nederland. Het NHG zou die beoordeling bijvoorbeeld kunnen doen voor de huisartsgeneeskundige setting.’

Kan Bossuyt ook voorbeelden geven van regels die het elders goed doen maar niet in Nederland? ‘Een regel die in de VS is ontwikkeld voor de SEH presteert wellicht heel anders in een Nederlandse huisartsenpost. Want de Eerste Hulp in de VS ziet acute én niet-acute patiënten. Bovendien bestaat daar de neiging om vrijwel alles uit te sluiten; daar kijken wij hier een beetje anders naar. En tot slot is er in de VS geen vaste relatie tussen patiënt en arts, en ook dat maakt de situatie anders. In de VS ontwikkelde regels hoeven hier dus niet noodzakelijk goed te presteren.’

Effecten op de zorg

Bossuyt stelt dat niet altijd goed is onderzocht of beslisregels goed werken in de praktijk. Het is dus de vraag of die bijvoorbeeld de diagnostiek of de uitkomsten van de zorg voor de patiënt wel verbeteren. Bossuyt: ‘Dat is allemaal minder goed onderzocht dan je zou willen. Dat geldt overigens niet alleen voor beslisregels. We weten bijvoorbeeld ook van veel laboratoriumdiagnostiek en tests niet wat de effecten zijn op de gezondheidsuitkomsten. Zo kun je je voorstellen dat een beslisregel op zich deugdelijk is, maar toch kan leiden tot slechtere uitkomsten, of zelfs onveiligheid. Misschien gaan artsen door zo’n regel minder nauwkeurig naar de klachten of de patiënt kijken dan ze voorheen deden. Maar omdat er grootschalige onderzoeken nodig zijn voor effectiviteitsonderzoek – en dat dus heel duur is – worden die minder vaak uitgevoerd dan zou moeten. Kortom, als een beslisregel deugdelijk is en de evaluatie goed, dan nemen we aan dat de uitkomsten ook wel goed zullen zijn. Maar dat weten we eigenlijk niet.’

Kan Bossuyt ook hiervan voorbeelden noemen? ‘De al genoemde Wells-regel is ontwikkeld in de tweede lijn en ook in de eerste lijn geëvalueerd. Dat liet zien dat de prestaties goed waren: met een lage score en een negatieve D-dimeertest kun je longembolie goed

uitsluiten. Maar misschien leidt een breed gebruik van die regel juist tot meer verwijzingen of zelfs overdiagnostiek. In de tweede lijn zien we dat we tegenwoordig veel CT-scans maken, ook bij een nul-score op de Wells-criteria en een positieve D-dimeerbepaling. Dat is opmerkelijk.’

Regels voor alles?

Beslisregels worden vaak ingezet om nader beeldvormend onderzoek te voorkomen. Maar kunnen die beslisregels misschien ook beter presteren dan beeldvormend onderzoek? ‘Dat hangt erg af van de situatie. De al genoemde Ottawa- en Wells-regels sluiten de aandoeningen goed uit en dat is niet alleen beter dan beeldvormend onderzoek te moeten doen bij al die patiënten, maar ook sneller en goedkoper. Bovendien is er geen belasting door straling.’

Betekent dit dat het wenselijk is om ook beslisregels te ontwikkelen voor situaties waarin we het oorzakelijk verband niet begrijpen? Bijvoorbeeld bij de relatie tussen een verhoogde kans op pneumonie bij diarree? Bossuyt: ‘De meningen daarover verschillen. Er is een groep die vindt dat *anything goes* als het maar werkt, ook als je niet snapt hóé het werkt. Daartegenover staat de groep die vindt dat je je moet beperken tot de risicofactoren die we begrijpen. Voor beide kanten is wel iets te zeggen, maar ik behoor toch tot het tweede “kamp”. Bij het ontwikkelen van een beslisregel kun je uit heel veel elementen kiezen; mij lijkt het goed om je daarbij te beperken tot de pathofysiologie. Dan kun je beter uitleggen waarom er een verband is. Ook voor de verspreiding van een regel is het beter om te werken met elementen die mensen kunnen begrijpen, verklaren en dus onthouden.

Moeite besparend

In het verleden hebben huisartsen nog wel eens fel geprotesteerd als er door richtlijnen en standaarden in hun ogen ‘kookboekgeneeskunde’ ontstond. Is er ook sprake van weerstand bij de beslisregels? Bossuyt: ‘Er is juist een grote wens om problemen te vereenvoudigen met regels en regeltjes, dat zie je overal.

Een goed voorbeeld van zo’n simpel regeltje is: kies in een restaurant nooit de goedkoopste maar de op één na goedkoopste wijn. Dat regeltje bespaart je de moeite om verstand te krijgen van wijnen. Die neiging is heel begrijpelijk, maar voor beslisregels in de klinische praktijk moet je dan wel kunnen varen op de autoriteit van je beroepsvereniging of je moet zelf genoeg verstand hebben van methodologieën om te kunnen beoordelen of een regel deugdelijk en geschikt is. In de artsenopleiding is voor dat laatste niet heel veel aandacht; dat kan beslist beter!’

De individuele patiënt

Beslisregels zijn gebaseerd op populatiegemiddelden en hoeven dus niet per se op te gaan voor de individuele patiënt tegenover je. Is dat geen reden om te twijfelen aan de bruikbaarheid ervan? Bossuyt: ‘In de eerste fase van een consult denkt een arts: Wat kan hier aan de hand zijn, wat is de klacht, waarom komt deze patiënt bij mij? Voor deze fase zijn er geen beslisregels, dan moet je als arts blijven doorvragen, nadenken, onderzoeken en afwegen. Beslisregels komen pas om de hoek kijken als je al een of meer aandoeningen overweegt. In die zin geloof ik ook niet in een volledig geautomatiseerd consult.’

De Wetenschapsdag

Bossuyt gaat een van de openingslezingen verzorgen van de NHG-Wetenschapsdag. Waarop zal hij zich dan gaan richten? ‘Ik wil laten zien wat er goed, maar vooral ook mis kan gaan met beslisregels. Waarom de methodologie ons vaak in de steek laat. De neiging bestaat bij onderzoekers om vooral positieve resultaten weer te geven. Bovendien is het moeilijk om onderzoek gepubliceerd te krijgen over beslisregels die niet goed presteren; een hoera-presentatie gaat een stuk gemakkelijker. Dus zal ik veel voorbeelden geven van hoe het soms goed en soms goed fout kan gaan.’ ■

Ans Stalenhoef