

De wetenschappelijke onderbouwing van de NHG-standaarden

J.S. BURGERS

Burgers JS. De wetenschappelijke onderbouwing van de NHG-standaarden. Huisarts wet 1994; 37(5): 188-9, 193.

Samenvatting De wetenschappelijke verantwoording van de NHG-standaarden wordt thans in de vorm van een notenapparaat gepubliceerd. Hierop zouden de kwaliteitseisen van een literatuuroverzicht van toepassing kunnen zijn. De wetenschappelijke kwaliteit zou dan vooral afhangen van de mate waarin beweringen worden onderbouwd met oorspronkelijk – bij voorkeur gerandomiseerd, experimenteel – onderzoek. Het is de vraag of een dergelijke onderbouwing voor de NHG-standaarden haalbaar is, omdat er te veel vraagstellingen zijn en er te weinig huisartsgeneeskundig relevante literatuur voorhanden is. Aan de hand van een wetenschapsfilosofische excursie wordt beargumenteerd dat onderbouwing op basis van consensus als alternatief of aanvulling niet noodzakelijkerwijs een vermindering van wetenschappelijke kwaliteit hoeft te betekenen. Voorwaarden voor het tot stand komen van consensus zijn het expliciteren van uitgangspunten en belangen en een zorgvuldige procedure. Het notenapparaat tracht vooral inzicht te geven in de reeks overwegingen en argumenten waarop de richtlijnen van de standaard zijn gebaseerd.

J.S. Burgers, huisarts, stafid Afdeling Standaardenontwikkeling Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

Inleiding

Sinds 1989 worden door het NHG richtlijnen opgesteld over specifiek huisartsgeneeskundige onderwerpen; deze worden als NHG-standaarden gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*. In het boek *NHG-Standaarden voor de huisarts* zijn de eerste dertig medische standaarden gebundeld, samen met de bijbehorende wetenschappelijke verantwoordingen, in de vorm van een notenapparaat.¹

In dit artikel is de vraag aan de orde, of een dergelijk notenapparaat voldoende garantie geeft voor de beoogde wetenschappelijke kwaliteit. Daartoe wordt aandacht besteed aan de volgende aspecten:

- De inhoud van het begrip ‘wetenschappelijke kwaliteit’.
- De haalbaarheid van deze kwaliteit voor de NHG-standaarden.
- Eventuele alternatieven.

Wetenschappelijke kwaliteit

Om bepaalde beweringen kracht bij te zetten, wordt vaak gezegd dat deze beweringen berusten op ‘wetenschappelijk onderzoek’; in andere gevallen worden beweringen onderuitgehaald door ze als ‘niet wetenschappelijk bewezen’ te bestemmen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat men zonder meer begrijpt wat wordt bedoeld. Toch woeden al eeuwenlang felle discussies over wat wetenschap is.

In 1928 heeft een aantal vooraanstaande wetenschappers uit de kring van het logisch positivisme – onder anderen Carnap, Neurath en Hahn – een manifest gepubliceerd onder de titel *Wissenschaftliche Weltauffassung – Der Wiener Kreis*. Hierin wordt een pretentieuze poging gedaan concrete eisen te stellen aan wetenschappelijke uitspraken. De belangrijkste grondgedachte is dat de (zintuiglijke) ervaring (empirie) de basis is van wetenschappelijke kennis. Alle wetenschappelijke uitspraken moeten kunnen worden teruggevoerd tot een concrete waarneming van een gedeelte van de werkelijkheid. Hierbij wordt uitgegaan van een beschikbare werkelijkheid die objectief door

een onafhankelijke waarnemer kan worden geobserveerd en in kaart gebracht. Men denke bijvoorbeeld aan de patholoog, die het ultieme oordeel over het bestaan van ziekte baseert op het zorgvuldig bestuderen (met de ogen waarnemen) van een substraat onder de microscoop. Dit beeld is illustratief voor de wijze waarop thans de wetenschap in de geneeskunde wordt benaderd.

Ook in de huisartsgeneeskunde is wetenschappelijk onderzoek voornamelijk gebaseerd op het verzamelen van empirische feiten.² Bij de analyse van deze feiten heeft de statistiek vervolgens vaak het laatste woord. In dat kader maakt het gerandomiseerd experimenteel onderzoek de meeste aanspraak op wetenschap, omdat daarbij subjectieve elementen en storende factoren zoveel mogelijk zijn uitgeschakeld.³ Niet-gerandomiseerde en niet-experimentele, veelal retrospectieve onderzoeken dienen daarentegen met een extra kritische blik te worden beschouwd.

De wetenschappelijke waarde van de NHG-standaarden zou dus vooral afhankelijk zijn van de mate waarin en de wijze waarop wordt verwezen naar gerandomiseerde, experimentele studies, bij voorkeur verricht in de huisartspraktijk. In een literatuuroverzicht kunnen de resultaten van dergelijke studies worden samengevat; daaruit zouden beweringen voor de standaard kunnen worden gedestilleerd.

Haalbaarheid

Aan een literatuuroverzicht kunnen de volgende kwaliteitseisen worden gesteld:

- duidelijk omschreven vraagstelling;
- beschrijving van de methode van literatuur verzamelen;
- beoordeling van de validiteit van onderzoeksresultaten;
- conclusies in aansluiting op de vraagstelling.⁴

Het is de vraag of het literatuuronderzoek in het kader van de standaardenontwikkeling aan deze eisen kan voldoen. Het is mogelijk dat zich te veel vraagstellingen aandienen, dat te weinig publikaties zijn opgespoord of dat te weinig relevante literatuur beschikbaar is.

• *Te veel vraagstellingen.* Het literatuuronderzoek naar aanleiding van het onderwerp van de standaard bestaat uit diverse onderdelen. Hieraan zijn talrijke vraagstellingen verbonden, bijvoorbeeld: wat wordt onder een sinusitis verstaan? (begrippen), wat is de incidentie en prevalentie? (epidemiologie), welke factoren zijn van invloed op het ontstaan en het beloop? (pathofysiologie), welke anamnese-vragen en onderzoeksbevindingen hebben een hoge voorspellende waarde voor de diagnose? (anamnese en lichamelijk onderzoek), welke diagnostische testen zijn valide? (aanvullend onderzoek), welk medicijn verdient de voorkeur, welke dosering en hoe lang? (therapie), etc. Het is vrijwel ondoenlijk deze materie volgens de genoemde eisen uit te werken.

• *Beperkte hoeveelheid literatuur.* De werkgroep begint het literatuuronderzoek met een computersearch die loopt vanaf 1989. Zinnvolle onderzoeken vóór die tijd kunnen via deze referenties worden opgespoord. Het is duidelijk dat hiermee geen volledigheid kan worden bereikt.

• *Beperkte relevante literatuur.* Voor een groot aantal vraagstellingen is te weinig relevante literatuur beschikbaar. De meeste studies betreffen geen huisartsgeneeskundige populaties, zodat er vaak geen duidelijke conclusies aan verbonden kunnen worden. Het is de vraag of uitbreiding van de search meer relevante huisartsgeneeskundige studies zal opleveren, omdat de huisartsgeneeskunde als wetenschap een jonge discipline is.

Het blijkt aldus nauwelijks haalbaar de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard in de vorm van een literatuuroverzicht te geven.

Alternatief

In het logisch-positivistische wetenschapsbeeld van de geneeskunde heeft de waarneming het primaat, daarna volgt de theorie en aldus komt (medische) kennis tot stand. Deze opvatting is inmiddels van diverse kanten bekritiseerd. *Popper* beweert dat de theorie aan de waarneming voorafgaat. Feiten worden niet waargenomen, maar *als waar aangenomen* op grond

van bepaalde besluiten.⁵ Wat 'wetenschap' wordt genoemd, berust dus eerder op afspraken en (al dan niet geschreven) regels dan op de waarneming van empirische feiten. Zo zijn eerstejaars medische studenten nauwelijks in staat enige structuur te determineren in een anatomisch preparaat; pas als zij enige kennis van de histologie en pathologische anatomie hebben verworven, beschikken zij over de mogelijkheid 'feiten' te herkennen. Zo wordt hen een 'wetenschappelijk' keurslijf aangemeten.

De vraag is nu hoe die afspraken en regels tot stand komen. *Habermas* heeft erop gewezen dat belangen hierbij een belangrijke rol spelen. In de empirisch-analytische wetenschappen, waaronder ook een groot deel van de geneeskunde kan worden gerekend, gaat het volgens hem om een 'technisch kennisbelang'.⁶ De wetenschap is in dit kader een instrument dat als doel heeft de materie te beheersen en te voorspellen.

Dit brengt ook gevaren met zich mee. De medische benadering van de mens als machine blijkt niet alleen zijn genezing te bevorderen, maar ook negatieve gevolgen te hebben.⁷ De technologische vooruitgang is dan als de slang die in zijn eigen staart bijt. *Habermas* roept daarom de wetenschapsbeoefenaar op tot verantwoordelijkheid voor zijn kennis. Zijn ideaal is een machtsvrije discussie waarin oneigenlijke belangen worden weggefilterd en de mogelijkheid wordt geschapen een consensus zonder dwang tot stand te brengen. Consensus blijkt in de wetenschap dus een vooraanstaande rol te spelen en vaak is men zich daarvan niet bewust.

Beschouwing

Een van de kwaliteitscriteria voor de NHG-standaarden is dat de richtlijnen zoveel mogelijk wetenschappelijk verantwoord dienen te zijn. Volgens *Rutten & Thomas* spelen ook niet-wetenschappelijke argumenten een rol, waaronder consensusuitspraken over zaken waarover geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden is.¹

Hier wordt consensus dus tegenover of

naast wetenschap geplaatst. Oorspronkelijk 'wetenschappelijk' onderzoek blijkt in zekere zin echter ook op consensus te berusten. De wijze waarop consensus tot stand komt, bepaalt of uitspraken 'wetenschappelijk' kunnen worden genoemd. De 'machtsvrije discussie', waarover *Habermas* spreekt, zou hier van toepassing kunnen zijn. Uitgangspunten en belangen dienen zoveel mogelijk te worden geëxpliciteerd. In het kader van de NHG-standaarden gaat het onder meer om het principe 'in dubio abstine', om demedicalisering en om versterking van de eerstelijns gezondheidszorg. Verder dient de procedure waarin consensus tot stand komt, zorgvuldig te zijn.^{8,9} Iedere belanghebbende moet zijn mening kunnen geven.

In de praktijk is dit moeilijk te realiseren, maar door de 'commentaaronde' wordt getracht hieraan enigszins tegemoet te komen. Tevens kan worden gesteld dat consensusrichtlijnen niet rigide zijn maar juist een discussie op gang trachten te brengen. Hetzelfde geldt overigens voor verslagen van oorspronkelijk wetenschappelijk onderzoek. Een opvallend kenmerk van wetenschappelijke uitspraken is, dat ze voortdurend worden herzien en bijgesteld. Dat geldt ook voor de NHG-standaarden, getuige de zorgvuldige actualiseringsprocedure.

Het literatuuronderzoek in het kader van de NHG-standaarden fungeert eerder als een inspiratiebron dan als een bijl die beslisknopen doorhakt. Dit laatste geschiedt pas na uitvoerige discussies waarin een afweging plaatsvindt van argumenten voor en tegen. Doorslaggevend is of men het uiteindelijk eens kan worden. De discussie weegt vermoedelijk zwaarder dan de literatuur. Het notenapparaat tracht vooral inzicht te geven in de reeks overwegingen en argumenten waarop de richtlijnen zijn gebaseerd. Een volledig literatuuroverzicht behoeft geen eis te zijn om aanspraak te maken op wetenschap.

Literatuur op pag. 193.

- en Veiligheid, 1987; 15-21.
- 12 Blake AJ, et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. *Age Ageing* 1988; 17: 365-72.
- 13 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.
- 14 Graham HJ, Firth J. Home accidents in older people: role of primary health care team. *Brit Med J* 1992; 305: 30-2.
- 15 Leering C. Vallen en opstaan: een bio-sociaal syndroom bij oude mensen. *Ned T Geront* 1971; 2: 93.
- 16 Wade TD, et al. Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *Int Re-*

habil Med 1985; 7: 176-81.

- 17 Schuling J, De Haan R, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay Activities Index; assessment of functional status in stroke patients. *Stroke* 1993; 24: 1173-7. ■

Abstract

Ligthart Schenk C, Schuling J. Falling elderly. *Huisarts Wet* 1994; 37(5): 190-3.

A fall may bring about considerable consequences for elderly people. A better understanding of related factors can improve the quality of the GP's management. We studied the differences between a group of elderly people who had fallen and a group who had not.

Both groups had a similar morbidity pattern. However, the group of elderly people who had fallen more frequently visited medical specialists; they also received more professional and non-professional support. Both groups managed their activities of daily living at the same level, but the group of elderly who had fallen scored lower on mobility and social activities. Since this might be a consequence of falling, this finding deserves the GP's attention.

Key words Accidental falls; Aged; Family practice.

Correspondence Dr. J.Schuling, Department of General Practice, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands.

De wetenschappelijke onderbouwing van de NHG-standaarden

Literatuur

- 1 Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 2 Van Eijk JThM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Lelystad: Meditekst, 1987.
- 3 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston, Toronto: Little, Brown, 1985.
- 4 Veldhuyzen van Zanten SJO, Boers M. Meta-analyse: de kunst van het systematisch overzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1594-9.
- 5 Popper KR. The logic of scientific discovery. London: 1974.
- 6 Habermas J. Gegen einen positivistisch halbierten Rationalismus. In: Adorno ThW, et al, Hrsgs. *Der Positivismusstreit in der Deutschen Soziologie*. Neuwied: Luchterhand, 1970.
- 7 Verbrugh HS. Geneeskunde op dood spoor. Het gangbare medische mensmodel als voorwetenschappelijke ideologie. Rotterdam: Lemniscaat, 1972.
- 8 Van Everdingen JJE. Consensusontwikkeling in de geneeskunde. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- 9 Grol RPTM, Van Everdingen JJE, Kuipers F, Casparie AF. Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van de CBO-consensusontwikkeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1186-9. ■