

# Tellen en vertellen in de spreekkamer

**Wim Hullegie**

Dr. W. Hullegie, sportfysiotherapeut te Enschede, wetenschapsfilosoof

## Woord vooraf

In 2010 schreef de toenmalige redacteur van *Physios* Wim Hullegie een drieluik over de mythe en werkelijkheid van evidence-based fysiotherapie. In de eerste twee delen nam hij de lezer mee in de hogesnelheidstrein van het evidenced-based denken en besprak hij de rivaliteit tussen het biomedische en het klinisch-epidemiologische denken in de geneeskunde. Het derde deel van dit drieluik, 'Een pragmatische visie op meten in de fysiotherapie', was vooral een pleidooi om terughoudend te zijn met het ongebreideld inzetten van meetinstrumenten zonder dat duidelijk is welk doel daarmee bereikt moet worden. Alleen meten wat we willen weten, dus. Helaas blijkt niet alles zich in tien jaar te ontwikkelen en is wat Hullegie in 2010 schreef nog steeds actueel. Vandaar de herplaatsing met een reactie van de auteur.

Redactie *Physios*

## Een pragmatische visie op meten in de fysiotherapie

Bij ziekte, aandoening of klachten streven we naar de meest effectieve behandeling. Het handelen wordt gestuurd door 'the best available evidence', waar mogelijk vervat in richtlijnen. Het grote voordeel hiervan is dat patiënten op bewijs gebaseerde effectieve interventies niet worden onthouden. Ondanks de voordelen kunnen fysiotherapeuten het werken met richtlijnen en het daaraan gekoppelde monitoren en meten van de behandeling van de patiënten als bevoogding ervaren. De kritiek behelst dat het voor de dagelijkse praktijk weinig nut heeft om te werken met richtlijnen die gebaseerd zijn op de gemiddelde patiënt omdat een fysiotherapeut immers geen gemiddelde patiënt behandelt. Ook wordt vaak gesteld dat er voor veel aandoeningen geen gegevens over de effectiviteit beschikbaar zijn. Veel fysiotherapeuten blijven in grote verwarring achter. Dat is helemaal niet nodig. Blijf vooral zowel in klinisch als in wetenschappelijk opzicht pragmatisch. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in 2007 een uitgebreid rapport uitgegeven waarin het gebruik van 'evidence' in het zorgbeleid wordt toegelicht. Dit kan per zorgvorm verschillen. Het gaat er uiteindelijk om het passende bewijs beschikbaar te maken in richtlijnen en standaarden, waarbij monitoren en gedoseerd meten een rol spelen. Dit dient ter ondersteuning en het verhogen van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg en het behandelbeleid.<sup>1</sup>

### Onzinnig verzet tegen wetenschap

Richtlijnen vormen een instrument in het evidence-based denken en ondersteunen het fysiotherapeutisch handelen op klinisch niveau. De implementatie van de richtlijnen wordt echter belemmerd als er onvoldoende rekening wordt gehouden met de complexiteit van de praktijk van alledag. Het klassieke verwijt van fysiotherapeuten is dat ze in een keurslijf worden gedwongen. Maar dit argument snijdt geen hout, het staat zelfs haaks op de actuele ontwikkelingen in het evidence-based denken en de manier van werken die daarbij hoort. Immers, tegenwoordig gaat het bij 'evidence based medicine' (EBM) om het toepassen van epidemiologische gegevens, met inachtneming van wat professionals zelf aan betekenisvolle overwegingen inbrengen, zoals pathofysiologische kennis, klinische ervaring en voorkeuren van patiënten. De context waarin het fysiotherapeutisch

handelen plaatsvindt, de dagelijkse praktijk, komt steeds nadrukkelijker in beeld.

Richtlijnen zijn gebaseerd op de gedachte dat er individuele verschillen mogelijk zijn. Zo heeft de ene patiënt na een voorste kruisbandreconstructie drie weken nodig om weer normaal te kunnen lopen, terwijl een ander daar na acht weken nog moeite mee heeft. Fysiotherapeuten moeten klinische verschillen of variatie inpassen in hun dagelijkse praktijk. Deze verschillen blijven bestaan en hier zijn geen keiharde wetenschappelijke oplossingen voor. De oorspronkelijke bedenkers van het evidence-based denken erkennen dit probleem.<sup>2</sup>

### De ontwikkeling van de klinimetrie

Bij het fysiotherapeutisch wetenschappelijke onderzoek wordt gezocht naar feiten die ertoe doen. Ook bij het lichamelijk onderzoek en het behandelen van patiënten willen we uiteraard graag informatie verzamelen die een objectief en valide karakter hebben. Observatie en waarneming zijn hierbij onmisbaar en gaan vooraf aan iedere vorm van toetsing. De wetenschap van het meten van klinische verschijnselen, de klinimetrie, is gericht op het beoordelen van de kwaliteit van meetinstrumenten en metingen, en op de methoden om die kwaliteit te verbeteren.

### Alleen meten wat u wilt weten

In haar rede bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Klinimetrie hield professor De Vet een pleidooi om het

adagium 'meten is weten' te veranderen in 'alleen meten wat u wilt weten'.<sup>3</sup> Ze stelt dat bij de keuze van de meetinstrumenten eerst goed nagedacht moet worden over wat men precies wil weten.

Als voorbeeld noemt ze bloeddrukmeting. We kunnen heel makkelijk de bloeddruk meten met een manchet om de bovenarm. We meten een bovendruk en onderdruk. Maar welke druk is het meest van belang? Volgens haar begint men er steeds meer achter te komen dat dit niet voor iedere aandoening hetzelfde is. Bovendien is het de vraag of de bloeddruk gemeten in de bovenarm een goede maat is voor de bloeddruk op plaatsen waar het er echt toe doet, zoals in het hart en de hersenen. De cruciale vraag in haar betoog is of het gebruikte instrument precies meet wat we willen weten.<sup>3</sup>

Ook vraagt ze zich af of er niet te veel meetinstrumenten zijn. Aan het einde van vorige eeuw waren er al ruim tweehonderd meetinstrumenten om loopbeperkingen bij patiënten te meten. Er zijn zoveel meetinstrumenten dat het in haar optiek verboden moet worden ooit nog een nieuw meetinstrument te ontwikkelen als de noodzaak daarvoor niet overtuigend is aangetoond.

### Theorievrij waarnemen bestaat niet

De Vet slaat met 'alleen meten wat u wilt weten' de spijker op zijn kop. In haar rede gaat zij uitgebreid in op methodologische aspecten van de klinimetrie in relatie tot veelvuldig gemaakte meetfouten. De Vet neemt afstand van de verabsolutering van het adagium 'meten is weten'. Ze stelt dat men eerst goed moet nadenken over wat men precies wil weten. Met haar voorbeeld over bloeddrukmeting laat ze zien dat het standaardbeeld van wetenschap onhoudbaar is.<sup>3</sup> Ze neemt impliciet afstand van de traditionele opvatting van wetenschapsbeoefening.

In de wetenschapstheorie is allang afscheid genomen van dit logisch positivisme; deze stroming is dood. Toch lijkt het erop dat vakwetenschappers niet van de nieuwere ontwikkelingen in de wetenschapsleer op de hoogte zijn. Het overlijdensbericht hebben ze blijkbaar niet gelezen.

Het is met name Popper geweest die afstand heeft genomen van het idee dat er een onvooringenomen of directe of theorievrije waarneming bestaat. Deze hoeksteen van het klassieke empiristische onderzoek wordt afgedaan als een mythe.<sup>4</sup> Het idee van onafhankelijke feiten, die als een objectieve scheidsrechter beslissen over het lot van onze theorieën en behandelingen, is gebaseerd op een fundamentalistische kennisopvatting. Het instellen van een behandeling, vanuit een 'objectief' standpunt, onder de noemer van wetenschappelijke rationaliteit is normaliter onmogelijk en eigenlijk een absurde eis. Er leiden meer wegen naar Rome. Juist de fysiotherapeutische en medische context vraagt om verschillende behandelingshoeken waar grote zorgvuldigheid, kennis van zaken, verantwoordelijkheid en discipline van de fysiotherapeut vereist is.

Toch hebben we nog steeds te maken met voorstanders van de orthodoxe empiristische zienswijze.

*Zo, .. we hebben bijna alle gegevens.  
Alleen nog wat vragenlijsten invullen*



Cartoon: Ron Slagter.

## Pas op je tellen voor meetfreaks

Meetinstrumenten die gebruikt worden bij wetenschappelijk onderzoek worden te pas en te onpas steeds vaker ingezet in de dagelijkse praktijk. Het kiezen en toepassen van de meetinstrumenten is niet eenvoudig bij het klinische redeneren, maar lijkt in de kliniek een doel op zich te zijn geworden. Fysiotherapeuten kunnen en moeten zich verzetten tegen onzinnige meetmethoden die in het klinisch redeneren een te prominente rol dreigen in te nemen. Fysiotherapeuten moeten het heft in eigen hand houden door duidelijk te maken hoe ze willen meten en monitoren bij het behandelen en op welke manier ze met inachtneming van de richtlijnen willen registreren. Indien de fysiotherapeut zichzelf niet laat horen, dan zullen de beleidsorganen (zorgverzekeraars, beleidsmedewerkers en wetenschappers met een vaag fysiotherapeutisch verleden) bij de verstrekking en vergoedingen alleen maar kijken naar behandelingen waarvoor voldoende goed 'bewijsmateriaal' aanwezig. Dit wordt ook wel 'kostenreductiegeneskunde' genoemd.<sup>5</sup> De ingeslagen weg van EBM in de fysiotherapie, gepaard gaande met monitoring en meten in de fysiotherapie, is op zichzelf genomen een prima ontwikkeling, maar: collega's, pas op je tellen en hoed je voor meetfreaks. Laten we ons spiegelen aan de pragmatist die niet gelooft in goede oplossingen voor verkeerde problemen, noch in verkeerde oplossingen voor goede problemen en ook niet in verkeerde oplossingen voor verkeerde problemen. Pas als het probleem goed is en de oplossing ook, is het gemeten antwoord 'waar'.<sup>6</sup> Dan pas kunnen we spreken van passend bewijs.

## Reactie van de auteur

Beste redactie,

Op de eerste plaats van harte gefeliciteerd met tienjarig bestaan van *Physios*. Een knappe prestatie om een inhoudelijk tijdschrift gericht op praktijkkennis en toegankelijke wetenschap op de markt te houden. Wat een leuke vraag van de redactie of het artikel over meten in de fysiotherapie van tien jaar geleden nog actueel is. Ik kan zeggen dat de toen beschreven problematiek actueler is dan ooit. Het pleidooi van professor De Vet voor 'alleen meten wat u wilt weten' is relevanter dan ooit. Het adagium is helaas verworden tot: 'alleen meten wat u kunt tellen'. We leven nog meer dan tien jaar geleden in een accountability- en rankingsamenleving. Technocratische bestuurders en beleidsmedewerkers tellen zich een ongeluk. De financiële meetbaarheidstendens sluit aan bij de visie van neoliberalen voor wie niets uit zichzelf beter is dan iets anders. Intrinsieke waarden zijn zo goed als verdwenen. Het enige wat in onze samenleving nog telt, zijn

de omzet- en declaratiecijfers. Pornografie is net zo goed als de literatuur van Grunberg. Anders gezegd: pornografie is waardevoller dan Grunberg, want pornografie verkoopt beter. Kortom, de beroepsgroep fysiotherapie heeft zich laten misleiden. De analogie is erg gemakkelijk maar dan weet je tenminste hoe ik erover denk.

Maar beste redactie, zoals je weet combineer ik cynisme en optimisme, en ik heb vertrouwen in de fysiotherapie. Wij kunnen het regime van maat en getal wel aan. Fysiotherapeuten kennen de intrinsieke waarde van hun vak, maar weten zich niet goed raad met al dat geweld van beleidsbepalers. Als beroepsbeoefenaren weten we dat het bij klinisch redeneren in de praktijk van alledag gaat om zowel tellen als om vertellen. Het gaat om de verhouding tussen het denken (weten) en het regime van maat en getal. Het zelfstandig denken moet niet het onderspit delven bij het gebruik van onderzoeks- en meetinstrumenten. De reductie tot statistische gemiddelden maakt dat variatie aan het oog wordt onttrokken en afwijkingen van het gemiddelde al gauw als stoornis worden gezien. Zo wordt uitgegaan van het tekort en niet van het vermogen van mensen om te herstellen. En daar gaat het ons paramedici om: oog hebben voor de variatie. Dat is wat De Vet bedoelt volgens mij: meten wat we willen weten. Epidemiologen noemen dit validiteit. Met de gedachte dat meten tellen is geworden, zien we vaak de essentie over het hoofd. Daarom loopt het af en toe spaak in de paramedische praktijk. Maar de veerkracht van de beroepsgroep is groot. Het gaat om tellen en vertellen. Lopen op twee benen waar mogelijk. Succes in het komende decennium. Dan spreken we elkaar hopelijk weer.

Met vriendelijke groeten,  
Wim Hulleger

## Literatuur

- 1 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Passend bewijs. Ethische vragen van evidence in het zorgbeleid. Signalering ethiek en gezondheid 2007/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2007.
- 2 Sackett DL. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 3 Vet CW de. Klinimetrie: De maat van de geneeskunde. Oratie. Vrije Universiteit Amsterdam, 2002.
- 4 Popper K. The Logic of Scientific Discovery. London/New York: Routledge, 1992.
- 5 Offringa M. Inleiding in evidence-based medicine. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
- 6 Gerritsen R. Knock-out. Rotterdam: Lemniscaat, 2009.