

Richtlijn (on)trouw onder de loep: Een generatiekloof?

Jurjen Bosga PhD PT

Persoonlijk heb ik, helemaal maar dan ook helemaal, niets op met richtlijnen. Ik heb ze wel vluchtig doorgelezen, maar ik moet er niet aan denken om op deze wijze al ploeterend een diagnose te stellen of tot een behandelkeuze te komen. Vermoedelijk zal de jonge generatie collega fysiotherapeuten meer affiniteit met richtlijnen hebben. Immers, zij zijn erin opgeleid en ermee opgegroeid. In tegenstelling tot de oudere generatie die, waar ik mij zeker toe reken, meestal uit vrije wil, jarenlang zijn nageschoold in concepten en methodes die naar verlichte goeroes, zoals Bobath of Van der Bijl, zijn vernoemd en minder vaardig zijn in het hanteren van richtlijnen tijdens het klinisch redeneren. De vraag die bij mij opkomt is, of richtlijn (on)trouw leeftijdsafhankelijk is en daarmee indicatief voor een fysiotherapeutische generatiekloof?

Onder een richtlijn verstaan wij een aanbeveling voor het geven van de grootst mogelijke zorg aan een patiënt. Deze aanbevelingen ontstaan uit gevolgtrekkingen uit de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid van een behandeling. Richtlijntrouw betekent niets anders dan dat je systematisch de aanbevelingen gedurende het klinisch redeneren toepast. Onder klinisch redeneren wordt een cognitieve (mentale) methodologie verstaan waarbij een fysiotherapeut zijn paramedische kennis gebruikt om een diagnose te stellen en een interventie te kiezen.

Tot laat in de jaren zeventig werd verondersteld dat klinisch redeneren voornamelijk een te leren cognitief proces was over theoretische en praktische klinische vraagstukken (analytisch redeneren¹). Eénmaal geleerd was het toepasbaar in alle klinische situaties en het verschil tussen beginnelingen en experts (meer dan 10 jaar klinische ervaring) was afhankelijk van de mate waarin dit proces van analytisch redeneren was ontwikkeld. Vaardigheid in het oplossen van klinische vraagstukken werd bepaald door richtlijntrouw en trefzekerheid in het bereiken, aan een vooraf bepaald best traject, van het uiteindelijk juiste antwoord.

In de afgelopen jaren zijn, door een aantal studies^{2,3,4,5}, deze vooronderstellingen in twijfel getrokken. Ten eerste blijkt dat het klinisch redeneren, aandoening specifiek is, d.w.z. elke klinische situatie vraagt om een eigen aanpak en redeneertraject. Ten tweede blijkt dat experts tijdens het klinisch redeneren minder informatie en minder specifieke informatie verzamelen dan leerlingen. Ten derde, senior medische studenten presteren door training beter in het analytisch redeneren dan junior medische studenten, terwijl praktiserende medici gedurende het analytisch redeneren juist minder hoog scoren dan senior medische studenten. Ten slotte laten deze studies zien dat het nauwelijks mogelijk is om minimale of optimale criteria voor oplossingen van klinische vraagstukken vast te stellen, waarbij het van belang is te weten dat experts zelf hun eigen aanbevelingen niet opvolgen. Deze observaties plaatsen vraagtekens bij het generieke karakter van het klinisch redeneren en het is uiterst dubieus of er één juiste manier bestaat om klinische vraagstukken op te lossen.

Trouwens, cognitief neurowetenschapper Peter Hagoort⁶ heeft in een opiniebijdrage in de Volkskrant zelfs vraagtekens geplaatst bij de veronderstelling dat mensen zich van de echte oorzaken en drijfveren van hun handelen bewust zijn. Zoals hij in zijn bijdrage betoogt, hebben de laatste jaren sociaal psychologen als Ap Dijksterhuis⁷ en Tim Wilson⁸ overtuigend laten zien dat ons gedrag mede veroorzaakt wordt door factoren waarvan we ons volledig onbewust zijn. Bijvoorbeeld, in het stadje Jacksonville in de VS wonen anderhalf keer zo veel

mensen die Jack heten dan je op grond van het toeval zou verwachten. Ook blijken mensen vaker een partner te kiezen waarmee ze één of meerdere initialen delen. Kennelijk wordt de keuze van woonplaats en partner mede bepaald door de vertrouwdheid van de klank van je eigen naam. Als je daar de betrokkenen naar vraagt, zal niemand dit ooit als reden opgeven. Maar redenen en motieven zijn vaak achteraf te beredeneren en geen feitelijke oorzaken van ons handelen. Met andere woorden, de verklaringen die wij voor ons handelen geven, hebben met de ware oorzaken veelal niets te maken.

Uit hersenonderzoek⁶ blijkt de capaciteit van het onbewuste ongeveer 200.000 keer zo groot als die van het bewuste is, dat wij ons van het meeste dat zich in de hersenen afspeelt niet bewust zijn en dat deze processen ontoegankelijk zijn voor introspectie. Het bewuste kan juist op een gegeven moment de informatie helemaal niet meer aan. Vooral bij complexere keuzes, gaat het zich dan noodgedwongen concentreren op één of twee aspecten die meestal het makkelijkst te verwoorden zijn. Maar dat zijn niet noodzakelijkerwijs de meest belangrijke factoren voor die bepaalde beslissing. Zoals Ap Dijksterhuis heeft aangetoond: hoe meer mensen nadenken over een beslissing, hoe slechter ze hun afweging gaan maken. Verder is er geen evidentie dat een bewuste gedachte aan ons handelen voorafgaat en dat veroorzaakt. Vrijwel tegelijkertijd wordt ons gedrag en onze wil tot handelen door onbewuste breintoestanden bewerkstelligd. Omdat ons bewustzijn van een handeling en de handeling zelf elkaar in de tijd nabij zijn, hebben we de neiging het bewustzijn als de veroorzaker van ons handelen te ervaren. Kortom, wij zijn bewust getuige van ons handelen, dat onbewust wordt veroorzaakt. Vanuit dit perspectief gezien, zijn richtlijnen misschien nog ons enige houvast die ons nog kunnen behoeden voor waanzinnige diagnoses en absurde interventies.

Gelukkig zijn er theorieën en modellen voorhanden om inzicht te geven hoe informatie in het geheugen is georganiseerd en voor klinische situaties toegankelijk gemaakt kan worden. Principes vanuit de cognitieve psychologie geven aan dat informatie in het geheugen is georganiseerd in zogenaamde 'Knowledge Frameworks'. Een dergelijk raamwerk bevat een aantal items, die gezamenlijk representatief zijn voor een concept (zoals een aandoening of interventie). Door het patroon, die de items van het gepresenteerd klinisch beeld gezamenlijk vormen, te herkennen, kan onbewust het bijpassend kennisraamwerk ofwel representatie van het klinisch beeld in het geheugen worden geactiveerd (niet-analytisch redeneren⁹).

Derhalve, hoe meer casussen een fysiotherapeut heeft gezien en behandeld, des te meer deze collega kan putten uit voorafgaande voorbeelden om een klinisch beeld snel en nauwkeurig te benoemen. Bekend is dat met toenemende leeftijd het analytisch (controlerend) redenerend vermogen van de mens afneemt, terwijl het niet-analytisch (automatisch) redenerend vermogen behouden blijft^{10,11}. Echter, Norman et al.¹² hebben aangetoond dat niet-analytisch redeneren superieur is aan analytisch redeneren, als dat gepaard gaat met aanvullende argumentaties achteraf, over de redenen en motieven van de keuzen van ons handelen.

Welnu, deze handreiking vanuit de cognitieve psychologie moet voor wat oudere collega's enig perspectief bieden. Op basis van patroon herkenning, eerst een diagnose stellen en dan een interventie kiezen, om vervolgens post hoc al redenerend, een logisch construct voor een bijpassend traject te creëren. Het is per slot van rekening altijd gemakkelijker om achteraf een route te bepalen als je al weet waarnaar je zoekt en waar je het kan vinden en er zijn vele wegen die naar Rome leiden. Oh ja, en niet vergeten om daarna op een vermakelijke of spannende manier te verwoorden hoe knap je het best traject van het uiteindelijk juiste antwoord hebt gevonden. Toegegeven, richtlijnen zijn handig als je geconfronteerd wordt met een klinisch vraagstuk waar je geen ervaring mee hebt en kennis wilt nemen van 'Best Evidence' voor 'Best Practice'.

Kortom, richtlijnontrouw is leeftijdsafhankelijk, die veroorzaakt wordt door een afnemend analytisch redenerend vermogen bij oudere, vaak ervaren collega's en dus indicatief voor een fysiotherapeutische generatiekloof. Daarom moet ik, noodgedwongen, een andere klinische redeneerstrategie hanteren dan mijn jongere collega's. Als mijn therapeutisch handelen dan toch getoetst moet worden, wil ik dat er rekening wordt gehouden met mijn handicap. Een handicap die als een beperking aanvoelt als richtlijnontrouw, drammerig en ongenueanceerd, mij wordt opgelegd.

Referenties

1. Eva KW. (2004) What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education* 39:1, 98-106.
2. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. (1978) *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
3. Page G, Bordage G, Allen T. (1995) Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills. *Acad Med*. 70: 194-201.
4. Bordage G, Lemieux M. (1991) Semantic structures and diagnostic thinking of experts and novices. *Acad Med*. 66 (9 Suppl): S70-2.
5. Patel VL, et al. (1986) Differences between medical students and doctors in memory for clinical cases. *Medical Education*. ;20:3-9.
6. http://www.ru.nl/onderzoek/onderzoekers/spinozawinnaars/2005/gebruik_je_hersenen!/
7. <http://www.unconsciouslab.com/index.php?page=People&subpage=Ap%20Dijksterhuis>
8. <http://people.virginia.edu/~tdw/>
9. Schmidt et al. (1990) A cognitive perspective on Medical Expertise: theory and implications. *Academic Medicine*; 65:611-621.
10. Custers EJFM, Regehr G, Norman GR. (1996) Mental representations of medical diagnostic knowledge: a review. *Acad Med*. 71(10 suppl):S55-S61.
11. Norman GR, Brooks LR. (1997) The non-analytical basis of clinical reasoning. *Adv Health Sci Educ*. 2:173-84.
12. Norman GR, Brooks LR, Colle CL, Hatala RM. (2000) The benefit of diagnostic hypotheses in clinical reasoning: experimental study of an instructional intervention for forward and backward reasoning. *Cogn Instruct*. 17:433-48.