

Eerst zien, dan genezen?

Een kritische blik op echografie in de eerste lijn

Wim Hullegie en Steven Dorrestijn

[Concept van de tekst gepubliceerd als: Hullegie, W. and Dorrestijn, S. (2014) Eerst zien, dan genezen?: Een kritische blik op echografie in de eerste lijn. *Sport & geneeskunde* (2). 21 - 25]

Samenvatting

Echografie is bezig aan een opmars in de praktijk van de fysiotherapeut, de huisarts en sportarts. Zoals elke nieuwe techniek brengt de echografie onverwachte en ongewenste neveneffecten met zich mee. Patiënten verwachten soms MRI's of echo's, ook al vinden behandelaars dat niet nodig. Beeldvormend onderzoek lijkt meer autoriteit te hebben dan het lichamelijk onderzoek door een arts of fysiotherapeut. Vandaar de vraag hoe de neveneffecten van echografie beter begrepen kunnen worden en welke lessen getrokken kunnen worden voor een goed gebruik in de eerste lijn. Met een wetenschaps- en techniekfilosofische blik wordt kritisch geanalyseerd hoe beeldtechnieken als MRI en echo opvattingen over wetenschappelijke zekerheden over ziekte en genezen veranderen en daarmee ook de relatie tussen therapeut en patiënt beïnvloeden. Uitgaande van een casus wordt vervolgens de implicaties hiervan voor de klinische praktijk besproken, met name gericht op de behandelaar-patiëntrelatie.

Seeing is healing? A critical perspective on ultrasound in family care

Summary

Ultrasound is spreading rapidly in the practice of the physiotherapist, general practitioner and sports doctor. Like any new technology ultrasound brings along unexpected and undesired side-effects. Patients sometimes demand MRI's or ultrasounds, when practitioners see no necessity. Medical imaging technologies seem to have more authority than physical examination by a physician or physiotherapist. Therefore the question is how the side-effects can be understood and which lessons can be learned for good application in family care. With a perspective from philosophy of science and technology it is discussed how imaging technologies such as MRI and ultrasound change beliefs about scientific truth, disease and cure, and consequentially the relationship between therapist and patient. Starting from a case the implications of this for clinical practice are discussed, especially focusing on the therapist-patient relationship.

Dr. Wim Hullegie is sportfysiotherapeut en praktijkhouder van FysioGym Twente Enschede en Lector Musculoskeletale Revalidatie aan Hogeschool HAN Nijmegen. Hij is gepromoveerd wetenschapsfilosoof en houdt zich met de theorie van de fysiotherapie.

Dr. Steven Dorrestijn is hoofddocent/onderzoeker ethiek en technologie aan Hogeschool Saxion; tevens verbonden aan de Universiteit Twente en betrokken bij de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde. (www.stevendorrestijn.nl)

Inleiding

In 2005 waren de totale zorgkosten 83,8 miljard en in 2013 was dat 90 miljard, een stijging van ruim 7%. De overheid gebruikt een indeling van diagnosegroepen om de gedifferentieerde zorgkosten in kaart te brengen. Op de 3^e plaats staan de zorgkosten voor het bewegingsapparaat met een totaal van 6,6 miljard in 2007 (www.nationaalkompas.nl). Fysiotherapeuten en hulpverleners in de hele eerste lijn krijgen in de dagelijkse praktijk te maken met patiënten met hardnekkige klachten aan spieren en pezen, en met chronische rug- en nekklachten. Regelmatig is er sprake van een recidief. Bij deze patiënten is er vaak een discrepantie tussen geconstateerde functiestoornissen in gewrichten of spieren en participatie binnen het alledaagse functioneren. Dit duidt erop dat de oorzaak niet enkel biomedisch is. Ondanks dit gegeven blijft de zoektocht naar een verklaringen van de klachten voornamelijk op biomedische oorzaken gericht.¹

Visualiseringstechnieken spelen hierbij een belangrijke en ambivalente rol. Röntgenfoto's, echografie en recenter de scantechieken als CT, MRI en PET zijn bezig aan een immense opmars. Deze ontwikkeling bereikt ook de eerstelijns zorg. Echografie, al veel langer bekend uit het ziekenhuis, is nu ook volop beschikbaar geworden in de praktijk van de fysiotherapeut, de huisarts en sportarts. Hoewel echografie evident nut en verdiensten heeft, zitten er aan het gebruik ook schaduwzijden en neveneffecten.

Patiënten denken niet zelden dat behandelaars, door de inzet van visualiseringstechnieken, dieper in het binnenste kunnen kijken om een afwijking of ziekte te constateren. Uit de huisartsgeneeskunde is bekend dat de patiënt bij langer bestaande klachten gerustgesteld wil worden door aanvullende diagnostiek in te zetten. De communicatieve vaardigheden van de huisartsen worden dagelijks op de proef gesteld. De huisartsen kunnen meegaan met de patiënten en vervolgonderzoek aanvragen of proberen te overtuigen dat er geen redenen zijn om vervolgonderzoek aan te vragen. De fysiotherapeut die via de DTF de patiënt in zijn spreekkamer ziet wordt met hetzelfde fenomeen geconfronteerd. Geen enkele hulpverlener wil een medisch probleem dat goed te behandelen is over het hoofd zien maar het aanvragen van vervolgonderzoek of zelf inzetten moet zowel diagnostische en therapeutische meerwaarde hebben.

In dit artikel wordt stilgestaan bij bovengenoemde trend. Allereerst wordt ingegaan op neveneffecten en schaduwzijden bij het gebruik van echografie. Om te beter kunnen beoordelen of er onnodige echografie wordt toegepast dat gepaard gaat met onjuiste verwachtingen is een wetenschaps- en techniekfilosofische analyse wenselijk. In verband met een goed gebruik van echografie is het van belang om oog te krijgen voor de rol die de technologie en apparatuur van echografie zelf speelt bij het veranderen van onze opvattingen over op ziekte en genezen. Deze stap helpt om beter inzicht te krijgen in de ambivalenties van het inzetten van echografie in de behandelpraktijk, in het bijzonder met betrekking tot de communicatie met patiënten.

Het probleem: Neveneffecten en schaduwzijde gebruik echografie

De vraag rijst waarom praktijken voor sportfysiotherapie, voor huisarts- en sportgeneeskunde massaal technieken als echo's inzetten? Naast de vak-intrinsieke inhoudelijke redenen zal de vraag vanuit de markt een rol spelen. Betaalbare ambulante echoapparatuur is beschikbaar gekomen voor de eerste lijn. Sportfysiotherapeuten staan bekend om de belangstelling voor technologische innovaties en maken veelvuldig gebruik van de ambulante apparatuur met wildgroei als schaduwzijde. Ondanks het gekoketteer van zorgverzekeraars en overkoepelende beroepsverenigingen over kwaliteitszorg en evidence-based werken en ondanks de inspanningen van de Vereniging Eerstelijns Gecertificeerde Echografie (VEGE) is er matige tot geen controle op het

gebruik en de inzet van de echografie. Zo bestaan er bijvoorbeeld geen uniforme opleidingseisen en ook geen kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten, huisartsen en sportartsen die zich bezighouden met echografie. Naast deze voor de hand liggende verklaring is de belangstelling ook nog op een ander niveau te analyseren. Dit raakt de fundering van het kennistheoretisch gebouw van de fysiotherapie.

Het kennistheoretisch gebouw van de fysiotherapie is optrokken uit twee componenten. De fysiotherapie staat met één been in het biomedische discours gebaseerd op het natuurwetenschappelijke, mechanistische denken. In dit kentheoretische model wordt naar de verhouding tussen kennis en werkelijkheid gekeken als een afbeeldingrelatie. Uitgangspunt: de werkelijkheid, inclusief ons lichaam, wordt opgevat als een objectieve realiteit, die onafhankelijk van het menselijk kennen en handelen gegeven is. Die realiteit kan via empirisch onderzoek, bijvoorbeeld via een echografisch onderzoek, blootgelegd worden. Ideaaltypisch spreekt men van een verticale of 'deskundologische' gezondheidspraktijk. Genezing is primair een prestatie van de deskundige en vereist beperkte activiteiten van de patiënt wat een ongewild neveneffect kan vormen in de praktijk. Anderzijds omarmt de fysiotherapie het discours waarin de leefwereld een rol speelt in een meer horizontale 'alledaagse' gezondheidspraktijk waar de betrokkenen zelf betrokken worden bij het herstel. De implementatie van de ICF en een begrip als zelfmanagement zijn hier voorbeelden van. Uiteraard bestaat er in de praktijk geen strikte scheiding tussen verticale en horizontale gezondheidspraktijken, maar zijn beide elementen in de fysiotherapiepraktijk verenigd. Voor de fysiotherapeut is van belang zich van deze dubbele positie bewust te zijn.

Wetenschaps- en techniekfilosofische blik: Echografie en afbeelding van de werkelijkheid

De manier waarop wij kijken naar het menselijke lichaam verandert in de tijd. Steeds meer instrumenten en technieken maken zichtbaar wat voor het blote oog onzichtbaar is. Terwijl in vroeger tijden alleen dode lichamen geopend konden worden om de verschillende organen en functies te bestuderen, zijn er sinds de 19e eeuw vele nieuwe technieken geïntroduceerd om de binnenkant van het levende lichaam aan inspectie te onderwerpen. Het oog van de onderzoeker dringt steeds verder het lichaam binnen.² Het succes en de populariteit van visualiseringstechnieken hangt samen met het idee dat zichtbaar maken de meest directe toegang geeft tot wetenschappelijke zekerheid, en verder dat wetenschappelijk begrip de beste weg is naar succesvol manipuleren. "Eerst zien, dan genezen", lijkt wel. Beeldmateriaal van het lichaam wordt steeds belangrijker gevonden. Patiënten vragen ernaar, omdat ze dan pas het gevoel hebben serieus te worden genomen. En de objectiviteit en zekerheid die de apparatuur lijkt te bieden is ook voor behandelaars verlokkelijk.

De aanname dat zichtbaar maken betere behandelingsmogelijkheden inhoudt is plausibel. Maar het veronderstelt een lineaire relatie tussen beeld en de mogelijkheid tot interventie. De rol van instrumenten en visualisering bij de totstandkoming van kennis is een belangrijk onderwerp in de hedendaagse wetenschaps- en techniekfilosofie.³ De introductie van nieuwe technieken betekent niet alleen dat we eenvoudigweg "beter kunnen kijken". Onze "manier van kijken", bijvoorbeeld waar onze aandacht naartoe gaat, verandert ook. Een dergelijk effect treedt ook op bij het gebruik van de echo in de fysiotherapiepraktijk. Bij het onderzoek verschuift de aandacht naar het aantonen van stoornissen in de anatomie door laesies zichtbaar te maken. Zowel patiënten als hulpverleners willen zien waar de laesie zit vanuit de aanname dat als er iets zichtbaar is er misschien iets aan gedaan kan worden. Zij verwachten soms MRI's of echo's, ook al vinden hulpverleners dat helemaal

niet nodig. Kennelijk is de autoriteit van een MRI of echo heel wat groter dan het lichamenlijk onderzoek van een arts of fysiotherapeut.

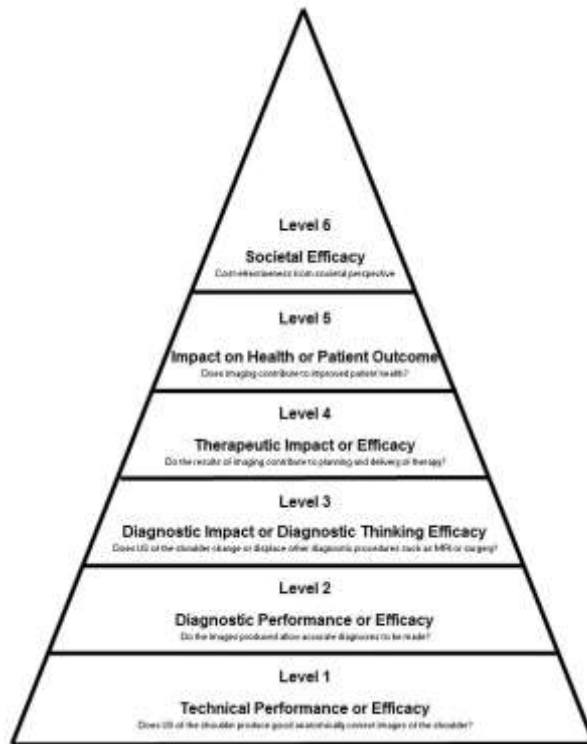
De belangstelling voor het meten en objectiveren van het lichaam gaat gepaard met de aanname dat zien en weten één op één gekoppeld is. Deze kennistheoretische veronderstelling is gebaseerd op de aanname dat echografische beelden neutrale en objectieve beelden van de pezen, spieren en banden geven in tegenstelling tot de subjectieve blik van de fysiotherapeut bij het lichamenlijk onderzoek. De echo verschaft, zo meent men, inzicht in een wereld die klaar ligt om te worden getoond en gekend – en zo nodig gemanipuleerd. Identificatie met deze beelden geeft opmerkelijke verwachtingen. Daarbij rijst de vraag wat de meerwaarde is van al die kennis met betrekking tot de in te zetten behandeling. Er zijn weinig exclusieve lineaire relaties.⁴ Hulpverleners hechten aan beeldvorming, maar moeten beseffen dat neutrale waarneming niet bestaat.

Onderzoek naar de kwaliteit van het beeldvormend onderzoek

In het voorgaande werd met een filosofische blik gekeken naar echografie in de eerste lijn en werden er vragen gesteld bij de huidige praktijk. We zullen nu bespreken wat de stand van zaken is met betrekking tot medisch wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van echografie.

In zijn proefschrift *Ultrasound of the shoulder: Efficacy studies* pleit Rutten ervoor bij het gebruik van echografie een gestandaardiseerde wijze te hanteren, uitgevoerd door een goed opgeleide en toegewijde echografist die kennis heeft van de anatomie en pathologie. Hij heeft zijn onderzoek verricht bij patiënten met schouderklachten. Rutten maakt onderscheid tussen zes niveaus van effectiviteit (figuur 1). Voor de eerste twee niveaus, te weten de technische effectiviteit (effectiviteitsniveau 1) en diagnostische effectiviteit (effectiviteitsniveau 2) is er adequaat literatuur beschikbaar. Langdurig wetenschappelijk onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre de uitslag van het diagnostisch onderzoek de besluitvorming van arts/fysiotherapeut en patiënt beïnvloedt. Door de technologische toegankelijkheid van de echoapparatuur wordt de apparatuur echter al snel als veelbelovend gebracht en geïmplementeerd. Dit speelt zich op dit moment af bij de snelle verspreiding en implementatie van de echo in de eerste lijn. Algemeen gesproken kun je stellen dat fysiotherapeuten, huisartsen maar ook orthopedische chirurgen het diagnostisch gebruik van een echo prima kunnen leren maar moeten beseffen dat er een lange leercurve voor nodig is. Echografie kun je er niet even bij doen. De echograaf dient zich rekenschap te geven van de plaats die het vakgebied in fysiotherapeutisch proces inneemt. Hij moet de zin en onzin van radiologische onderzoeken in het geheel van het klinische traject afwegen.

De opmars van de echografie confronteert de hulpverleners niet alleen kennistheoretisch maar ook op klinisch niveau met een paradox. Enerzijds heeft de fysiotherapeut inmiddels geleerd functioneel te behandelen en met participatiedoelen te werken (de patiënt betrekken bij zijn herstel en sporthervatting) en anderzijds loopt de fysiotherapeut het gevaar de belangstelling voor de echografie de biomedische ziektebenadering te verabsoluteren.



Figuur 1. Evaluatieschema voor echografie van de schouder met zes niveaus. De piramidevorm benadrukt het onderling belang van de verschillende effectiviteitsniveaus, waarbij ieder niveau afhankelijk is van de integriteit en validiteit van het onderliggende niveau.

Rechtvaardiging klinisch gebruik echografie?

Om een nieuwe techniek optimaal te gebruiken is besef van de neveneffecten bij het handelen van de zorgverlener wenselijk. Uitgaande van een casus illustreren we hoe beeldtechnieken onze opvatting van ziekte en genezen kunnen veranderen en daarmee ook de relatie tussen therapeut en patiënt.

Casus: Sporter vraagt echo om sneller weer fit te zijn

“Een jongeman van 24 meldt zich via DTF Fysiotherapie met pijn in zijn lies/bovenbeen, gekregen tijdens het sporten. De fysiotherapeut constateert een spierruptuur waarvan het herstel 6 tot 8 weken zal vergen. De voetballer wil graag sporten en maakt zich ongerust. Hij heeft veel pijn. Het is zijn eerste forse blessure. De volgende dag belt de jonge sporter terug. Zijn verzorger heeft hij gesproken en die vraagt zich af waarom er geen echo is gemaakt. De verzorger kent nog wel een andere fysiotherapeut/echografist waar hij dezelfde dag nog terecht kan. Na een goede uitleg zag de sporter af van het maken van een echo.”

Bij deze jonge sporter was het verrichte onderzoek, bestaande uit een anamnese en functieonderzoek, van de fysiotherapeut en overleg met huisarts duidelijk. De gevonden positieve bevindingen bij het functieonderzoek voor een partiële spierruptuur (contractiepijn en verlengingspijn waren evident aanwezig) gaf de fysiotherapeut voldoende houvast om een behandelbeleid in te stellen. Het gaf de speler voldoende vertrouwen. In geval van bovengenoemde casus had de inzet van de aanvullende diagnostiek geen toegevoegde waarde voor de behandeling.

Het onderzoek bevestigde de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek en had het geen consequenties voor het beleid. Uiteraard is het gerechtvaardigd om vanuit een biomedisch referentiekader echo's te maken. Met de sporter in de casus is afgesproken om bij stagnatie van het herstel eventueel een echo te maken.

Zoektocht naar de witte raaf

De casus laat naar voren komen hoe een techniek als echografie de relatie tussen behandelaar en patiënt kan beïnvloeden en nieuwe vaardigheden van de fysiotherapeut vraagt om hier mee om te gaan. Directe toegankelijke Fysiotherapie is een prima verworvenheid voor de fysiotherapie maar vraagt om een nieuwe verantwoordelijkheid, kennis en een hierbij behorende beroepsattitude om niet te veel mee te gaan in verzoeken van patiënt en omgeving om routinematig bijvoorbeeld een echografie in te zetten. Vanuit een biomedisch referentiekader verzamelt hij op systematische wijze informatie om een eventuele ziekte op te sporen en zoekt naar alarmsignalen, risicofactoren en prognostische factoren. Met een meer participatiegerichte benadering betreft de behandelaar meer vanuit het referentiekader van de patiënt. Patiëntgerichtheid heeft dus betrekking op de mate waarin de fysiotherapeut zich bezighoudt met de vraag hoe patiënten klachten hanteren. De presentatie van de klacht door de patiënt drukt uit hoe hij zijn ziekte ervaart en hoe hij ermee omgaat. Zijn gedachten, gevoelens, ideeën, zorgen en verwachtingen, maar ook de beschikbare "mantelzorgers" als trainers en verzorgers in het geval van de sporter uit de casus en eerdere ervaringen beïnvloeden hoe de patiënt met zijn ziekte omgaat.⁵ De fysiotherapeut zal moeten waken voor medicalisering door verabsolutering van een biomedische objectieve blik op het menselijk lichaam. Hij moet zich bewust zijn dat routinematig handelen, controle, gewoonte, verwachtingen van patiënten en verwijzers allemaal redenen zijn voor ongerichte diagnostiek en overdiagnostiek op zoek naar de witte raaf. In de reguliere praktijk van de fysiotherapeut is aanvullende diagnostiek niet altijd nodig. De fysiotherapeut zal moeten leren om te gaan met onzekerheden en het kunnen verantwoorden waarom aanvullend onderzoek achterwege wordt gelaten. Bij de begeleiding van topsporters zie je dat sportartsen, sportfysiotherapeuten en clubartsen onder de druk van spelersmakelaars, trainers maar ook van de topspelers zelf het gebruik van inzet van visualiseringstechnieken eisen om eenvoudige letsels te diagnosticeren. Eerst zien dan pas genezen is zeker in de topsport ten onrechte een eigen leven gaan leiden.

Conclusie

Het gebruik van de echografie binnen de eerste lijn is populair en de bestudering ervan verdient een plek op de wetenschappelijke agenda. Goed gebruik van echografie vraagt om onderzoek in brede zin naar de inbedding van beeldvormende technieken in de praktijk van behandelaars, inclusief een kritische kijk naar veranderende opvattingen over ziekte, genezing en het leven met beperkingen. Het is belangrijk om oog te houden voor de beperkingen en neveneffecten van echografie. Een kritische wetenschaps- en techniekfilosofische blik toont hoe visualiseringstechnieken het biomedisch denken over lichaam en ziekte op de voorgrond plaatsen. Daarbij ontstaat bovendien de suggestie van een te gemakkelijk en te optimistisch verband tussen zien en genezen. De les van deze kritische blik is dat inspanningen die nodig zijn voor een goed gebruik van echografie niet te onderschatten zijn. Die inspanningen liggen vooral ook op andere dan het technische en biomedisch vlak. Voor inbedding van echografie in de behandelpraktijk is het werken aan een goede fysiotherapeut-patiëntrelatie vereist. Dit om misverstanden omtrent verwachtingen te voorkomen en een actieve rol van de patiënt te stimuleren.

Literatuur

¹ Gijn J van. Lijf en Leed: Geneeskunde voor iedereen. Amsterdam: Atlas, 2011.

² Pasveer B. Dubbelzien: Medische technologie en de verbeelding van het lichaam. Medische antropologie. 2001;13(1):153-164.

³ Baird, D. Thing Knowledge: A Philosophy of Scientific Instruments. Berkeley: University of California Press, 2004; Ihde, D., Expanding Hermeneutics: Visualism in Science. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1998

⁴ idem

⁵ Staveren R van. Patiëntgericht communiceren: Gids voor de medische praktijk. Utrecht: Tijdstroom, 2010.