

Wie gelooft die dokters nog?

De afgelopen weken was er grote discussie over het nut van oorbuisjes voor kinderen, medicatie voor alzheimerpatiënten en knieoperaties bij vijftigplussers. Hoe weet je wat medisch noodzakelijk is? ‘Artsen hebben doorgaans het beste met je voor. Maar blijf kritisch.’

MAXIE ECKERT

BRUSSEL Ze had geen betere beslissing kunnen nemen voor haar twee zonen, zegt Anne-Julie Van Bever uit Grimbergen. De trommelvliesbuisjes maakten bij de kinderen, vandaag bijna 5 en bijna 2 jaar oud, snel een einde aan de oorontstekingen en herhaaldelijke antibioticakuren. ‘Al is het natuurlijk niet leuk om je baby of peuter op de operatietafel te zien liggen.’

Maar er zijn ook andere verhalen. Zoals dat van Maret Dakaeva uit Antwerpen. Haar dochter, intussen 12 jaar, kreeg als kleuter oorbuisjes. ‘Op aanraden van de neus-keel-oorarts. Mijn dochter zou minder oorontstekingen hebben, zei hij. Maar de buisjes maakten het alleen maar erger. De oorontstekingen bleven en de buisjes raakten verstopt. Er volgde een tweede operatie voor nieuwe buisjes.’

‘De problemen bleven duren en de neus-keel-oorarts drong aan op een derde operatie. Die heb ik na overleg met onze huisarts geweigerd. De huisarts zei dat de oorontstekingen bij mijn dochter met grote waarschijnlijkheid zouden verdwijnen met het ouder worden. Dat klopte. Maar door de operaties aan haar trommelvlies zal ze wel altijd een grotere kans op gehoorverlies hebben dan andere jongeren.’

‘Artsen zijn opgeleid om iets te ondernemen. Toegeven dat er niets voorhanden is dat het probleem meteen oplost, beschouwen ze nog altijd niet als gelijkwaardig’ PATRIK VANKRUNKELSVEN Professor huisartsengeneeskunde

Als ouder weet je op voorhand niet of een operatie dé oplossing is of juist het begin van meer ellende. Volgens de Christelijke Mutualiteiten (CM) plaatsen neus-keel-oorartsen in elk geval te vaak oorbuisjes ([DS 16 oktober](#)). De artsen gingen deze week meteen in het defensief: ‘Niets doen kan ook schadelijk zijn.’

Wat moeten wij – leken – met die tegenstrijdige meningen en ervaringen over wat medisch noodzakelijk of overbodig is? Wie zegt u eerlijk of uw kind

tot de groep behoort die alleen geholpen is met een operatie, of toch tot de groep die baat heeft bij een voorzichtigere aanpak?

Ouders van kinderen die oorbuisjes krijgen, zullen trouwens lang niet de enigen zijn die recent aan het twijfelen zijn gebracht. Gelijkaardige vragen kun je je stellen als je knieproblemen hebt. Orthopedisten opereren jaarlijks tienduizenden knieën van vijftigplussers met meniscusscheuren, hoewel die groep – toch volgens de behandelingsrichtlijnen – meer baat zou hebben aan oefeningen bij een kinesist (*DS 23 september*).

‘Als de huisarts zegt: “Wacht nog even met die operatie, probeer eerst iets anders”, is dat belangrijk’

MARC MOENS

Voorzitter Vlaams Artsensyndicaat

Er zijn nog voorbeelden van discussies over wat artsen ‘te veel’ zouden doen. De neurologen moesten deze week nog uitleggen waarom ze alzheimermedicatie willen blijven voorschrijven, ook al wordt het nut ervan sterk in twijfel getrokken (*DS 16 oktober*).

Richtlijnen? Welke richtlijnen?

‘Er wordt onterecht wantrouwen gecreëerd tegenover artsen’, reageert Marc Moens, de voorzitter van het Vlaams Artsensyndicaat, op de discussie over de oorbuisjes. ‘Of er sprake is van overbehandeling, kun je alleen beoordelen als je een concrete patiënt voor je hebt.’

Moens heeft een punt: aan de ene kant is er een richtlijn die zegt hoe de arts de ‘standaardpatiënt’ met een bepaald probleem moet behandelen, aan de andere kant is elke patiënt met zijn of haar verhaal en bezorgdheden uniek.

‘Overbodige onderzoeken leveren geld op. Tegelijk is er geen stimulans voor artsen om wel volgens de richtlijnen te werken’

SAM PROESMANS Voormalig arts-specialist interne geneeskunde

Daar zijn artsen heel gevoelig voor, zegt Patrik Vankrunkelsven, professor huisartsengeneeskunde en directeur van het Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) aan de KU Leuven. Hij kaart geregeld overbehandelingen aan. ‘Als artsen vaker de richtlijnen voor behandelingen zouden volgen, hadden we zeker minder discussie.’

‘De kern van het probleem is dat artsen opgeleid zijn om patiënten te helpen door iets te ondernemen: door te opereren of door medicatie voor te schrijven. De patiënt geruststellen, inzicht geven in zijn of haar probleem en toegeven dat er niets voorhanden is dat het probleem meteen oplost, beschouwen artsen nog altijd niet als gelijkwaardig. Veel patiënten verwachten ook dat de arts iets doet. Tel dat bij elkaar op en je krijgt te veel behandelingen die niet strikt noodzakelijk zijn.’

Dat het in de media vaak gaat over wat artsen ‘te veel’ doen, heeft er volgens Vankrunkelsven mee te maken dat de *EvidenceBased Medicine* (EBM) – de tak van de geneeskunde die zich richt op de wetenschappelijke onderbouwing van behandelingen – nog relatief jong is.

‘Vroeger werd er veel meer op gevoel en ervaring gewerkt. Pas de laatste dertig jaar kijken artsen kritisch naar wat ze doen en of dat strookt met de wetenschap. De jonge artsen zijn beter weg met de *Evidence-Based Medicine* dan de oudere, want het maakt deel uit van hun opleiding. Ze leren omgaan met richtlijnen, die gebaseerd zijn op wetenschappelijke analyses van wat werkt.’

Vandaag zijn in onze ziekenhuizen nog veel artsen aan de slag die pas gaandeweg in hun carrière met richtlijnen hebben leren werken. Sommige dokters horen het nog altijd in Keulen donderen als het om richtlijnen gaat. In een [enquête van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg](#) (KCE) twee jaar geleden zei 10 procent van de ondervraagde artsen nog nooit van het concept gehoord te hebben of het alleen van naam te kennen. Er is een duidelijke generatiekloof: bij de niet-gebruikers van richtlijnen zitten drie keer zoveel artsen ouder dan 40 jaar als jongere artsen.

Overleden na overbodig onderzoek

Voor Sam Proesmans, een dertiger, was het schrikken toen hij zag hoe vaak artsen in het ziekenhuis richtlijnen naast zich neerleggen. Dat was een van de redenen waarom hij deze zomer de geneeskunde vaarwel zei en aan de slag ging bij een consultancybedrijf, net nadat hij afgestudeerd was als arts-specialist in de interne geneeskunde. ‘Er worden heel wat ingrepen en behandelingen uitgevoerd uit routine. Als jonge arts-specialist in opleiding keek ik ervan op. Tijdens je studie leer je bijvoorbeeld dat je alleen de - onderzoeken uitvoert die je nodig hebt om over een behandeling te beslissen. In de praktijk gaat het er anders toe.’

Proesmans, die als arts-specialist in opleiding in een vijftal ziekenhuizen heeft gewerkt, vertelt bijvoorbeeld over maagonderzoeken die elke oudere patiënt ondergaat bij een opname. ‘Ook als de patiënten niets aan hun maag lijken te hebben. Ik herinner me een patiënt bij wie de gastroscopie mislukt is. Hij overleed aan een maagperforatie bij een onderzoek dat niet noodzakelijk was.’

De overbodige onderzoeken en behandelingen zijn volgens Proesmans te wijten aan hoe artsen vergoed worden. ‘Het levert ze geld op. Tegelijk is er geen stimulans voor artsen om wel volgens de richtlijnen te werken. Denk bijvoorbeeld aan vergoedingen die gekoppeld zijn aan de behandelingsresultaten.’

Moens zegt dat overbehandeling vooral een probleem is in disciplines met een overaanbod aan artsen. ‘Ik denk aan de chirurgen, gynaecologen, radiologen. Die mensen moeten ook hun boterham verdienen, hè.’

Je moet helemaal niets

Is het advies van artsen dus principieel te wantrouwen omdat er meer speelt dan wat het beste is voor patiënten? Volgens Vankrunkelsven is het probleem subtieler. ‘Artsen zullen soms denken: de patiënt wil nú een oplossing en het kost mij veel tijd en moeite om uit te leggen dat we beter

afwachten. Of dat de patiënt zelf moeite moet doen om beter te worden door gedragsaanpassingen of oefeningen. Als de arts daarvoor wel de tijd neemt, wordt hij of zij er niet voor vergoed. Het is gemakkelijker en financieel interessanter om voor de ingreep te kiezen.’

Voor patiënten met twijfels over een voorgestelde ingreep, hebben Vankrunkelsven en Moens één belangrijk advies: betrek uw huisarts bij de beslissing. Die heeft geen (financieel) voordeel bij de ingreep, maar wel de nodige kennis. Moens: ‘De huisarts kent u goed en hij kan de specialist doorgaans goed inschatten. Als hij of zij zegt: “Wacht nog even met die operatie, probeer eerst iets anders”, is dat belangrijk.’

Vankrunkelsven, die zelf als huisarts actief is, vertelt dat een oudere patiënt hem onlangs zei dat hij een schouderoperatie *moest* ondergaan van een specialist. ‘Ik antwoordde: je moet helemaal niets. Wil je de ingreep wel, ook als het onzeker is of je achteraf beter bent en je zeker een halfjaar moet revalideren?’

Patiënten kunnen ook zelf kritische vragen voorbereiden vooraleer ze naar de specialist trekken, zegt Vankrunkelsven. ‘Je kan de behandelingsrichtlijn opzoeken op gezondheidswetenschap.be (*de website bundelt richtlijnen die vertaald zijn voor leken, red.*). Ga ervan uit dat de arts het beste met je voor heeft. Maar een kritische houding kan geen kwaad. Het kan een breekijzer zijn om de arts de richtlijn te doen volgen.’