

EDITORIAAL

# Klinische praktijkrichtlijnen en hun link met Vlaamse karbonaden

Wanneer gevraagd wordt naar een typisch Belgisch gerecht dan staat volgens Libelle stoofvlees met frieten bovenaan op de lijst.<sup>1</sup> Het basisrecept voor Vlaamse karbonaden is vrij eenvoudig, maar wanneer blijkt dat een van de genodigden vegetariër is en dat een ander een allergische reactie riskeert op de tijm die erin verwerkt is, hebben we een probleem. Om het even; er wordt gegeten wat de pot schaft. Okay, maar dan kan het zijn dat we deze genodigden niet meer over de vloer krijgen. Net als bij eten is dit het geval voor bijna alle aspecten van het leven. De wereld is kleurrijk en de mensen zijn heel verschillend. Het devies "een recept voor iedereen" functioneert ook in de geneeskunde niet. Precies dat bedoelden David Sackett en collega's ook wanneer ze zeggen dat *evidence-based medicine* (EBM) geen kookboekgeneeskunde is.



Patrick van Dun

**"Richtlijnen zijn opgesteld om het beheer van ziekten te vereenvoudigen, maar er zijn momenteel eenvoudigweg te veel richtlijnen."**

Deze metafoor, weliswaar aangepast aan de Belgische situatie, ontleende ik graag aan collega Luthin uit een recent artikel betreffende richtlijnen voor osteopathie.<sup>2</sup> Hij vervolgde zijn redenering met de stelling dat richtlijnen zoals kookboeken zijn: een verzameling van expertenmeningen. Zoals grootmoeders, sterrenchefs, voedingswetenschappers en misschien ook influencers dit zijn voor kookboeken. Het opstellen van medische richtlijnen wordt vooral waargenomen door experten met een uitgebreide vakkennis. Wanneer deze experten geen mosterd lusten, dan zal er ook geen mosterd te vinden zijn in de adviezen, en wanneer de experten studies betreffende kroketjes hoogwaardiger inschatten dan deze betreffende frietjes, dan zullen ze kroketjes aanbevelen als supplement bij het stoofvlees. Wanneer belangenverenigingen een bepaalde sterrenchef in het bijzonder ondersteunen, dan kan men niet uitsluiten dat, bewust of onbewust, deze chef ook hun interesses in de recepten verwerkt. Dit is ook een van de elementen die werd aangesproken door Greenhalgh et al.<sup>3</sup> in hun artikel betreffende de crisis waar EBM zich in bevindt,

met name dat het *evidence based* kwaliteitskeurmerk misbruikt wordt door gevestigde belangen.

Richtlijnen zijn ook zware kost, vervolgt Luthin. Richtlijnen zijn opgesteld om het beheer van ziekten te vereenvoudigen, maar er is momenteel eenvoudigweg te veel evidentie/richtlijnen, waardoor het onmogelijk is om alle noodzakelijke richtlijnen betreffende een bepaalde ziekte te lezen, laat staan te kennen.<sup>2,3</sup> Daarenboven dient men, wanneer men een richtlijn wil aanwenden, een patiënt een richtlijn kunnen toewijzen. Omdat richtlijnen voornamelijk met kennis uit RCT's gevoed wordt, dienen we dan ook de in- en exclusiecriteria te kennen uit deze studies om ons ervan te vergewissen of de aanbevelingen uit deze richtlijn ook van toepassing zijn op onze patiënt. Daarenboven zijn *evidence-based* richtlijnen vaak slecht toepasbaar op complexe multimorbiditeit.<sup>2,3</sup> Dit alles, samen met het feit dat statistisch significante voordelen van het gebruik van richtlijnen in de klinische praktijk slechts marginaal kunnen zijn en dat inflexibele regels en technologiegestuurde adviezen kunnen

leiden tot een meer management-gerichte dan patiëntgerichte zorg, maakt dat *evidence-based* richtlijnen kritisch beoordeeld dienen te worden.<sup>3</sup> Deze kritische beoordeling van richtlijnen is ook noodzakelijk vanwege hun verschillende kwaliteit.<sup>4</sup>

Greenhalgh et al. bieden in hun artikel de nodige instrumenten voor een

“echte EBM”, waarbij ze pleiten voor een terugkeer naar de basisprincipes van de EBM-beweging: het individualiseren van evidentie en het delen van beslissingen door middel van zinvolle gesprekken in de context van een humanistische en professionele clinicus-patiëntrelatie.<sup>3</sup>

Ook Luthin keert zich niet af van de EBM basisprincipes en schrijft dat het

uiteeraard belangrijk is om zich aan regels en wetenschap te houden. Wanneer bepaalde methoden of theorieën niet functioneren, dient men ze ook niet verder te volgen.<sup>2</sup> Wanneer er in Vlaamse

karbonaden geen vis hoort, dient men dit ook niet toe te voegen. Als ik twijfel of mijn genodigden Vlaamse karbonaden lusten en tolereren, dan vraag ik ze vooraf welke voorkeuren, intoleranties of afkeuren ze hebben, ook al staat dit

niet in het receptenboek.

Wat nu met klinische praktijkrichtlijnen voor de osteopathie? Wel: “De beroepsgroep van osteopaten is absoluut voorstander voor de uitwerking van klinische richtlijnen binnen hun vakdomein en ze is zich volledig bewust van de meerwaarde en de noodzaak hiervan”,<sup>5</sup> lees ik in een document dat op vraag van de Kamer voor

Osteopathie toendertijd in allerijl werd opgesteld. Ondertussen zijn we tien jaar verder, onderschrijven we graag mee de “echte EBM” waarvan sprake in het artikel van Greenhalgh et al.,<sup>3</sup> maar dienen we ook vast te stellen dat we, de adoptie van de COVID-19 hygiënerichtlijnen buiten beschouwing gelaten,<sup>6</sup> als beroepsgroep geen enkele stap meer gezet hebben in de richting van klinische praktijkrichtlijnen. Onze noorderburen waren, zoals mag blijken uit ons ExpertsTalk interview, heel wat actiever op dit vlak.

Bij nazicht van een definitie van klinische praktijkrichtlijnen door bekende Belgische organisaties en het Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines (zie bord) onthouden we dat richtlijnen een hulp of leidraad dienen te zijn voor zorgverstrekkers en patiënten om beslissingen te nemen voor hun zorg bij bepaalde klinische omstandigheden.



**Het KCE gaat voor een definitie van een klinische praktijkrichtlijn te rade bij het Institute of Medicine:** “systematisch ontwikkelde formuleringen die de zorgverlener en de patiënt moeten helpen beslissingen te nemen over de geschikte zorg bij specifieke klinische omstandigheden”.<sup>7</sup>

**Gezondheid en Wetenschap:** “Een richtlijn is een leidraad voor artsen en andere zorgverstrekkers ten aanzien van een bepaalde aandoening of klacht, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (*evidence-based*). Hij heeft als doel de beste zorg te bieden voor de patiënt.”<sup>8</sup>

**FOD Volksgezondheid:** “*Guidelines* of klinische praktijkrichtlijnen zijn onmisbare hulpmiddelen bij het implementeren van EBP. Ze vormen een hulpmiddel voor zorgverleners en patiënten, zodat ze een geïnformeerde beslissing kunnen nemen over de zorg in bepaalde klinische omstandigheden.”<sup>9</sup>

**Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines:** “Klinische praktijkrichtlijnen zijn verklaringen die aanbevelingen bevatten om de zorg voor de patiënt te optimaliseren op basis van een systematische beoordeling van evidentie en een beoordeling van de voor- en nadelen van alternatieve zorgopties”.<sup>10</sup>

## "De klinische praktijkrichtlijnen moeten afgestemd zijn op de praktijk van de zorgprofessional en de lokale realiteit van patiënten."

1. Libellelekker. Dé toppers uit de Belgische keuken. [www.libelle-lekker.be/artikelen/179559/de-populairste-recepten-uit-de-belgische-keuken](http://www.libelle-lekker.be/artikelen/179559/de-populairste-recepten-uit-de-belgische-keuken)
2. Luthin D. Leitlinien in der Osteopathie: Pro und Kontra. *DO - Deutsche Zeitschrift für Osteopathie* 2024; 22(03): 20-21. DOI: 10.1055/a-2274-4362.
3. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014 Jun 13;348:g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725. PMID: 24927763; PMCID: PMC4056639.
4. Franco JVA, Arancibia M, Meza N, Madrid E, Kopitowski K. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. *Medwave*. 2020 Apr 30;20(3):e7887. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2020.03.7887. PMID: 32428925.
5. Barrix D, De Cock H, van Dun PLS. Clinical Guidelines binnen de osteopathie: Document op vraag van de Kamer voor Osteopathie, Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw), Brussel, 2013.
6. The COVID-19 Guide Consortium: Collomb R, Macdonald R, Schira F, van Dun P, Vaucher P. COVID-19 – Hygiënerichtlijnen voor osteopathische praktijken. Version 2.0 Foundation COME Collaboration, Pescara, Italy; 3 July 2020.
7. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, Van Rompaey B, Remmen R, Paulus D. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 212As. D/2013/10.273/86.
8. Gezondheid en Wetenschap. Richtlijnen. [www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen](http://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen)
9. FOD Volksgezondheid. Evidence Based Practice. [www.health.belgium.be/nl/evidence-based-practice](http://www.health.belgium.be/nl/evidence-based-practice).
10. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

Naar aanleiding van de consternatie die ontstond in Australië na de beslissing van de chiropractoren aldaar om in een nieuwe richtlijn spinale manipulaties te hervatten bij kinderen, doe ik in deze uitgave in een *Toptopic* een oproep aan de osteopathische beroepsgroep om hierin een standpunt in te nemen. Het dient daarom geen uitgewerkte klinische praktijkrichtlijn te zijn maar zowel de andere zorgverleners als ook patiënten verlangen een duidelijk standpunt van een beroep dat er prat op gaat de gezondheid van kinderen positief te kunnen beïnvloeden. Ook beleidsmakers hebben de opgave om daar waar er bezorgdheid van de gemeenschap bestaat over manipulatie van de wervelzuil bij kinderen, na te gaan of de openbare veiligheid gevaar loopt. Wanneer we in de vorige uitgave berichtten over de positieve beoordeling van een ethische commissie voor een osteopathische RCT bij prematuren is het eerste euvel dat van de baan dient geruimd te worden: "toch geen HVLA technieken zeker?" Ook de doorsnee kinderarts heeft, zonder veel kennis van de materie weliswaar, weinig tot geen begrip voor de aanwending van deze technieken voor hun doelpopulatie, en sommigen onder hen vereenzelvigen zelfs

het beroep van eender welke manuele therapie met deze specifieke techniek. Ook wanhopige ouders stellen zich vragen over wat precies de intenties zijn van de osteopaat met hun nakomeling die bijvoorbeeld vele uren per dag huilt en niet te kalmeren lijkt, en waarvan de radeloze kinderarts troostend zegt: "het komt wel goed". Beiden, zorgverleners en ouders hebben nood aan hulp en begeleiding bij beslissingen over de geschikte zorg en het is onze opgave om hier transparant over te communiceren. Hierbij is het belangrijk dat voornoemde vereenzelving met een bepaalde interventietechniek niet plaatsvindt, dat men weet dat osteopathie als complexe zorginterventie niet beantwoordt aan interventie X voor klacht Y, en dat er op een correcte manier geïnformeerd wordt over de effectiviteit van osteopathische zorg en de geschiktheid van haar interventies (diagnostische en therapeutische technieken).

Het is daarom van groot belang dat de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen worden afgestemd op de praktijk van de zorgprofessional en de lokale realiteit van patiënten in termen van hun waarden, voorkeuren en de aanwezigheid van multimorbiditeit.<sup>4</sup>

