Ben Willem Mol
professor in de obstetrie en gynaecologie, University of Adelaide, Australia

Hans Evers
emeritus hoogleraar verloskunde en gynaecologie, Universiteit Maastricht, hoofdredacteur Human Reproduction

RVS-RAPPORT TORNT AAN HET GELIJK VAN EVIDENCEBASED MEDICINE

Er is maar één werkelijkheid

Het recente rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving over evidencebased medicine beschouwt wetenschappelijk bewijs geheel onterecht als slechts een deel van de werkelijkheid.[1] Gaan we terug naar de Johannesbroodpitmeeltherapie? (Zie ook de rubriek Achter het nieuws op pagina 10.)

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) wordt met evidencebased medicine de patiënt tekortgedaan, omdat het niet is toegespitst op diens individuele context. Er zijn meer bronnen van belang, zoals verhalen van patiënten. Wetenschappers moeten erkennen dat wetenschappelijk bewijs altijd onaf is en *het* bewijs als basis voor goede zorg een illusie is. In de advisering over het pakketbeheer dient het Zorginstituut rekening te houden met de context waarin de zorg wordt geleverd en met andere kennisbronnen dan wetenschappelijk bewijs, aldus de RVS.

Dé werkelijkheid

Dat mag allemaal waar zijn, maar feit is dat er maar één werkelijkheid bestaat, namelijk *de* werkelijkheid. Er is niet zoiets als een wetenschappelijke werkelijkheid en een andere werkelijkheid (of, in RVS-taal, tal van werkelijkheden). Natuurlijk is het zo dat goede zorg voor de ene patiënt met een bepaalde ziekte niet betekent dat diezelfde zorg ook goed is voor een andere patiënt met pathologisch gezien dezelfde ziekte. Heeft iemand ooit anders beweerd? De individuele situatie maakt dat omstandigheden en voorkeuren van patiënten zullen en ook mogen verschillen. Maar *de* werkelijkheid is uniek en niet contextafhankelijk, en het doel van wetenschap is om die enige werkelijkheid te kennen. Onder evidencebased medicine is vanaf het prille begin verstaan de integratie van goed onderzoek, door een bekwaam arts, met patiëntenvoorkeuren (ebm-pionier David Sackett: '*The integration of best research evidence with clinical expertise and patient values*'). In die volgorde. Uiteraard heeft de patiënt het laatste woord in de beslissing of een behandeling wordt uitgevoerd of niet, maar zorg die niet bewezen effectief is, moet volgens ons niet aangeboden worden, en dokters die zorg aanbieden moeten bekwaam zijn en weten wat ze doen. Voor het misverstand dat al het bewijs per se gebaseerd moet zijn op gerandomiseerd onderzoek, verwijzen we de raad graag naar de leerboeken klinische epidemiologie, die laten zien dat hoe kleiner het verschil tussen twee behandelingen, des te robuuster de onderzoeksmethode dient te zijn.[2 3]

Motieven

De werkelijke motieven van deze RVS-visie zijn, bewust of onbewust, mogelijk verscholen. Bij de leden van de raad en bij veel van de door haar geraadpleegde deskundigen lijkt de kennisontwikkeling op het gebied van evidencebased practice lange tijd geen prioriteit te hebben gehad. Toen tien jaar geleden begonnen werd met het onderzoeksnetwerk voor klinisch evaluatieonderzoek in de verloskunde/gynaecologie – ook wel Het Consortium genoemd – stelde een hoogleraar voortplantingsgeneeskunde, thans lid van de RVS, dat het doen van grote gerandomiseerde studies onmogelijk was. Tien jaar later heeft hij ongelijk gekregen – het doen van zulke studies is relatief eenvoudig. Maar het grootste struikelblok blijft dat individuele dokters, hoogleraren voorop, weigeren om hun patiënten te informeren over onzekerheid in hun kennis, en over de mogelijkheid om die onzekerheid te reduceren door deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. Ieder probleem, hoe zeldzaam ook, kan worden onderzocht, als er maar genoeg patiënten meedoen aan onderzoek.
Een ander RVS-lid geeft in het dagelijks leven leiding aan het enige ziekenhuis in Nederland dat het meedoen aan evaluatieonderzoek stelselmatig afwijst, en waar tot op de dag van vandaag binnen het specialisme verloskunde/gynaecologie bijvoorbeeld nog nooit een patiënt gevraagd is deel te nemen aan evaluatieonderzoek.

Johannesbroodpitmeeltherapie

Aldus ligt hier hét grote gevaar van het RVS-rapport. Individuele hoogleraren en ziekenhuisdirecteuren, en met hen talloze andere zorgaanbieders, gaan, onder het mom van individuele context, weer doen wat hén het beste lijkt: terug naar de Johannesbroodpitmeeltherapie.

Het wordt tijd om op kennis gebaseerde gezondheidszorg gewoon wetenschappelijke geneeskunde te noemen.

Het grote probleem is namelijk dat de menselijke waarneming, ons vermogen om de werkelijkheid te kennen, zeer beperkt is. Alle feiten zijn onderhevig aan interpretatie; welke interpretatie de voorkeur krijgt hangt meer af van macht dan van werkelijkheid.[4] In geval van geneeskunde is wetenschappelijk evaluatieonderzoek de enige manier om dat subjectieve element eruit te halen.
Rond 2005 moest je als assistent gynaecologie, als je een zwangere met hoge bloeddruk aan het einde van de zwangerschap zag, over je linker- of over je rechterschouder kijken om te weten of je de bevalling moest inleiden of niet: volgens de ene supervisor was continueren van de zwangerschap levensgevaarlijk, terwijl de andere stelde dat inleiden alleen maar meer keizersnedes tot gevolg zou hebben. De gerandomiseerde Hypitat-studie liet zien dat inleiden van de baring bij een voldragen zwangerschap helemaal niet leidde tot meer keizersnedes, maar wel het aantal zwangeren die in een hoogrisicosituatie terechtkwamen sterk reduceerde.[5] Het gevolg was een aanpassing van de richtlijn, een uniformering van beleid bij deze patiëntencategorie, en een dramatische reductie in ernstige morbiditeit.[6] Of, zoals we het een ervaren intensivecareverpleegkundige in Nieuwegein hoorden zeggen: 'We zien ze niet meer, die doodzieke vrouwen aan het einde van de zwangerschap.'

Opinie moet het niet winnen van kennis

Gewoon wetenschappelijk
Dus laten we het kind niet met het badwater weggooien: goede zorg kan niet meer zijn dan bewezen effectieve zorg, goede zorg is zorg die wetenschappelijk bewezen goed is. Opinie moet het niet winnen van kennis, niet in de politiek en niet in de geneeskunde. Toen David Sackett en anderen het gebruik van wetenschappelijk bewijs in de geneeskunde introduceerden, noemden ze dat in eerste instantie 'scientific medicine'. Die term vond echter nooit ingang omdat het alternatief voor wetenschappelijke geneeskunde onwetenschappelijke geneeskunde was, en dat was natuurlijk niet aardig voor hen die jarenlang geneeskunde op basis van overlevering, ervaring en gevoel beoefend hadden. Daarom werd het door Gordon Guyatt evidencebased medicine gedoopt, een term die meteen aansloeg.[7] Maar misschien wordt het tijd om die coulance te laten varen en op kennis gebaseerde gezondheidszorg voortaan gewoon wetenschappelijke geneeskunde te noemen. Dan is duidelijk dat zij die op grond van welk motief dan ook, iets anders voorstaan, onwetenschappelijk bezig zijn. ■

contact
ben.mol@adelaide.edu.au
cc: redactie@medischcontact.nl

Ben Willem Mol is consultant voor farmaceutische bedrijven Ferring, Guerbet en ObsEva.

web
De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.