

## Zonder context geen bewijs?

Evidencebased practice is een illusie; meer oog voor de context van de arts-patiëntrelatie is dringend noodzakelijk. Aldus een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving waarover de meningen verdeeld blijken. (Zie ook het opinieartikel over dit onderwerp op blz. 12 en de reactie op blz. 39).

**G**een twijfel mogelijk: dankzij de komst van evidencebased practice (EBP) en evidencebased medicine (EBM) zijn de kwaliteit en veiligheid van de zorg aanzienlijk verbeterd. Maar dat goede zorg louter op basis van empirische data valt te grondvesten is een illusie, zegt de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in het recente advies 'Zonder context geen bewijs'. Eenduidig wetenschappelijk bewijs zou onvoldoende recht doen aan het morele en persoonlijke karakter van goede zorg. De vraag wat goede zorg is, moet daarom een zaak van permanente dialoog zijn, met de context waarin patiënten verkeren als belangrijkste input. Contextbased practice of contextbased medicine zijn daarom de betere termen voor de praktijk zoals die vorm krijgt. RVS-lid Jan Kremer, hoogleraar gynaecologie (Radboudumc), zei daarover onlangs in Medisch Contact dat het gevolg onzekerheid zal zijn. 'Die onzekerheid moeten we niet ontkennen maar juist omarmen' (MC 25/2017: 27).

### Samen beslissen

Teus van Barneveld, directeur van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) vindt dat het RVS-rapport goed aansluit bij de toekomstvi-

sie Medisch Specialist 2025 die de FMS onlangs lanceerde, waarin het aanpassen van zorg aan de situatie van de individuele patiënt – 'het samen beslissen' – een belangrijke speerpunt is. 'Maar', zo waarschuwt hij ook, 'we moeten niet terug naar de tijd van voor EBM. De arts heeft in de spreekkamer wetenschappelijke gegevens nodig om zijn advies op te baseren.'

Jako Burgers, hoogleraar 'promoting personalized care in clinical practice guidelines' (Universiteit Maastricht) en hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap bij het NHG, leest het advies vooral als de voortzetting van een beweging die in 2014 op gang kwam, toen de Britse arts Trisha Greenhalgh en haar Evidence Based Medicine Renaissance Group in The BMJ betoogden dat de principes van EBM met hun sterke nadruk op harde en reproduceerbare uitkomstmaten vaak te eenzijdig worden toegepast. 'Er is ook nog personalized care', zegt Burgers. 'Het gesprek met de patiënt, die – om maar een voorbeeld te geven – misschien helemaal niet getest wil worden op prostaatkanker. De helft van de mannen zegt immers: laat maar, hoeft niet – na adequate voorlichting over de voor- en nadelen van testen.' Maar, zegt Cees Lucas, hoogleraar

evidencebased practice (AMC), die notie is al diep verankerd in EBM. 'Nergens wordt beweerd dat er altijd één waarheid is.' Ook hij geeft een voorbeeld: 'De overleving na een prostatectomie bij prostaatkanker neemt toe als de patiënt kiest voor bestraling en een chemokuur. Maar we weten ook dat dit de kwaliteit van leven fors vermindert. Het is dan aan de patiënt om in overleg met de dokter al dan niet voor een dergelijke nabehandeling te kiezen.'

### Vrijbrief aan kwakzalvers

Lucas heeft al met al met verbijstering kennisgenomen van het rapport. 'Om de grondleggers van EBM impliciet weg te zetten als "illusionisten" is een volstrekt onterechte kwalificatie,' meent hij. Lucas vreest dat daarmee een vrijbrief wordt gegeven aan kwakzalvers en andere 'hulpverleners' die menen dat dankzij hun handelingen patiënten opknappen en die streng bewijs daarvoor niet nodig achten. 'We zijn dan weer terug bij af', verzucht hij, 'en hebben het kind met het badwater weggegooid.' Hij wijst erop dat het integreren van waarden en voorkeuren van goed geïnformeerde patiënten in behandelbeslissingen een van de drie pijlers van EBM is, naast de klinische expertise van de behandelaar en de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Lucas: 'Shared decision making, waarin de context van de patiënt terecht een rol van betekenis krijgt toegedicht, is juist vanuit de EBM-beweging geïnitieerd. Het lijkt erop dat dit de RVS volstrekt is ontgaan.' Hem ergert vooral dat het advies de 'hardnekkige discussie' over de waarde van *randomised controlled trial* (RCT) oprakelt. Hij kwalificeert het 'als hele oude koeien uit een drooggevallede sloot'. Volgens de raad is de kennis waar EBM zich op beroept gebaseerd op gestandaardiseerde situaties, op dat wat meetbaar is, bij voorkeur in gerandomiseerde experimenten. Die kennis zou onvoldoende rekening houden met verschillen tussen patiënten, met variëteit in uitvoeringspraktijken, en met 'de dynamische setting' waarin zorg plaatsvindt.

## Zonder context geen bewijs

Over de illusie van  
evidence-based  
practice in de zorg



raad voor **R** Volksgezondheid en  
Samenleving

Strikte toepassing van EBP zou daardoor potentieel goede maar onbewezen zorg kunnen verdringen. Lucas: 'Het is toch allang bekend dat een RCT duur is en een lange looptijd heeft, en dat het dus niet de beste methode is om in korte tijd een antwoord op je wetenschappelijke vragen te krijgen. Niet voor niets is het overgrote deel van patiëntgebonden onderzoek observationeel van aard, en dus niet gerandomiseerd.'

### Rekkelijken en preciezen

Onder artsen en medische wetenschappers zijn volgens Lucas altijd 'rekkelijken' en 'preciezen' geweest. 'De preciezen houden onverkort vast aan de uitvoering van een RCT: alleen dan wil men groen licht geven voor een nieuwe interventie in de praktijk. De rekkelijken stellen dat er op patiëntniveau minder "harde" maar uiterst serieus te nemen metingen mogelijk zijn die aannemelijk maken dat zorgverleners op de goede weg zitten.' Lucas heeft daar zeker begrip voor: 'In het laatste geval speelt de ervaring van de beroepsbeoefenaar een belangrijke rol en vormen de context van het beroepsmatig functioneren en de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar uitgangspunt van handelen. Maar je moet dan wel goed oppassen voor allerlei

## De RVS gooit het kind met het badwater weg

beslis- en denkfouten veroorzaakt door bijvoorbeeld "self-serving bias" (vooroordelen, red.)' Bovendien stoort het Lucas dat de RVS de RCT wegzet omdat ze een hinderpaal zou zijn in de transitie naar personalized medicine, waarbij behandelingen

gebaseerd worden op het genetisch profiel van de patiënt. 'Er zijn allang andere vormen van randomisatie, zoals *umbrella trials* en *basket trials*. Die zijn met name in de oncologie heel gebruikelijk. In het eerste geval hebben we een groep patiënten met dezelfde kanker die met verschillende medicijnen behandeld worden, in het tweede geval is de onderzochte medicatie steeds dezelfde, maar doet de kanker zich op verschillende plaatsen voor bij verschillende patiënten. Veel patiëntgericht krijg je het niet.'

### Wake-upcall

Volgens Jako Burgers en Teus van Barneveld merkt het RVS-rapport terecht op dat alle aandacht voor het meten van indicatoren, verantwoording afleggen en transparantie is doorgeschoten. Burgers: 'Dat leidt tot een statische weergave van de werkelijkheid. We moeten juist meer oog hebben voor dynamiek en context, maar wel met gebruikmaking van de bestaande evidence. De vervanging van evidencebased practice door context-based practice die het rapport propageert, vind ik daarom ongelukkig.'

De EBM-beweging heeft ertoe geleid dat zorgverzekeraars alleen bewezen zorg vergoeden, constateren zowel Burgers,

Van Barneveld als Lucas. Veel artsen vinden dat een te beperkte visie, omdat het zelden zwart-wit ligt: sommige patiënten profiteren wel van een nieuwe behandeling, andere met dezelfde aandoening niet. Daarom zou er meer ruimte moeten zijn voor 'pragmatisch onderzoek', dat moet uitwijzen welke patiënten wel baat hebben bij een therapie en welke niet.

Van Barneveld ziet het RVS-advies daarom vooral als een 'genuanceerd geformuleerde wake-upcall' richting toezichthoudende en betalende instanties. 'Die interpreteren de aanbevelingen in richtlijnen over het algemeen veel te strikt. Richtlijnen zijn bedoeld voor ondersteuning van de besluitvorming in de spreekkamer. Met de ontwikkeling van richtlijnen nemen artsen hun professionele verantwoordelijkheid voor een zo goed mogelijke plaatsbepaling van een behandeling. Dat doen ze in samspraak met de patiënt, en zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd. De vraag of een behandeling in de verzekering thuishoort staat hier los van. Dat is een maatschappelijke discussie die gaat over betaalbaarheid. Het Zorginstituut zou daarom als pakketautoriteit juist meer moeten focussen op de vraag of we als maatschappij de kosten van een nieuwe behandeling willen dragen.' ■

### web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).