

'Evidence based (veterinary) medicine', de vertaalslag naar de individuele patiënt

Jaël van der Woude

Op 21 april jongstleden organiseerde Stichting D10 in samenwerking met Initiatiefgroep Over de Rand een symposium onder de titel 'Van 'evidence based medicine' naar de praktijk; de vertaalslag naar het individuele dier'. Na twee inleidingen waarin het ging over toeval, Engelse detectives en 'wetenschappelijk geneuzel', kwam een discussie op gang waarin het onderwerp uit verschillende invalshoeken tegen het licht werd gehouden.

Initiatiefgroep Over de Rand zoekt de grenzen op van de wetenschap en gaat hierover in debat met wetenschappers uit verschillende disciplines: wie bepaalt er wat wel of niet 'wetenschappelijk' is? Zo wil zij bij mensen het bewustzijn creëren dat het altijd nodig zal blijven kritisch te kijken naar de wetenschap. Stichting D10 wordt in de praktijk vaak geconfronteerd met de grenzen van het toepassen van kennis. De overdracht van veterinaire kennis aan boeren en organisaties in ontwikkelingslanden is één van haar voornaamste doelstellingen. Maar in hoeverre is kennis, opgedaan uit wetenschappelijk onderzoek, universeel toepasbaar in de praktijk, waar immers elke patiënt anders is? En in hoeverre kunnen resultaten van westers wetenschappelijk onderzoek ook in andere culturen worden toegepast? Gelden alleen wetenschappelijke resultaten als 'kennis', of zijn er nog andere bronnen van kennis? En als die er zijn, hoe pas je die dan toe op je patiënten?

'EVIDENCE' VERSUS BEWIJS

De eerste spreker was dr. Mariska Leeftang, dierenarts en klinisch epidemioloog. Zij begon met de stelling dat mensen niet kunnen omgaan met toeval: "We willen altijd patronen ontdekken en zijn voort-

durend op zoek naar oorzaak en gevolg. Helaas komt het nogal eens voor dat we te snel een oorzaak koppelen aan een gevolg en dan andere mogelijke oorzaken over het hoofd zien. Hierdoor wordt snel een verband gelegd tussen therapie en genezing terwijl bijvoorbeeld de helft van de patiënten ook zonder interventie wel zou zijn genezen." Goede onderzoeksmethoden zijn volgens Leeftang dan ook van wezenlijk belang om de juiste conclusies te kunnen trekken. Maar hoe moet dat onderzoek dan worden vertaald naar de situatie van de individuele patiënt? "Hierin moet men uiteraard ook rekening houden met de toestand van de patiënt, de wensen van de eigenaar en met de leefomgeving," stelde Leeftang.

Om aan te geven hoe we moeten omgaan met het woord 'evidence', gebruikte Leeftang het voorbeeld van de Engelse detective van boeken en televisie. Als de detective sterke aanwijzingen heeft om een bepaalde verdachte als dader aan te wijzen, gebruikt hij de term 'evidence'. Pas als hij hier het juiste zwart-op-wit bewijs ('proof') bij kan vinden, is er een eventuele mogelijkheid tot vervolging. De vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar een toepassing op het individu is weliswaar vaak lastig, maar het zou onethisch zijn de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek niet mee te laten wegen in de keuze voor een bepaalde behandelmethode.

ZINVOLLE GENEESKUNDE

Professor Jan Keppel Hesselink, arts-farmacoloog en medisch bioloog, was het niet eens met dit 'wetenschappelijk geneuzel': "Als medicatie in de afgelopen tien jaar op moleculair niveau is verbeterd, zegt dat nog niets over een eventuele betere werkzaamheid in de patiënt zelf. Daarnaast is de farmaceutische industrie gebrand op positieve resultaten in verband met het op de markt brengen van hun eigen producten en worden negatieve

resultaten vaak niet gepubliceerd. Ook worden vaak de verkeerde testmethodes gebruikt, net als twijfelachtige gouden standaarden." In plaats van 'evidence based' geneeskunde wil Keppel Hesselink voortaan spreken over zinvolle geneeskunde versus zinloze geneeskunde. De zinvolle en zinloze geneeskunde zijn vervolgens weer onder te verdelen in een bewezen variant en een onbewezen variant. Keppel Hesselink gaf enkele voorbeelden van deze categorieën. Zo is een antibioticakuur bij een pneumonie bewezen zinvolle geneeskunde. Dit is ook logisch te beredeneren als je kijkt naar de werking van antibiotica op micro-organismen. Maar ook acupunctuur bij neuropathiepatiënten is bewezen zinvol gebleken, aangezien de patiënt met deze therapie een betere levenskwaliteit heeft dan met enkel medicatie. Aan de andere kant voeren veel chirurgen vaak zinvolle interventies uit waarvan de effectiviteit niet altijd door middel van een groot epidemiologisch onderzoek is 'bewezen'. Voorbeelden van onbewezen zinloze behandelingen zijn het gebruik van antibiotica bij sinusitis en 'zap'-therapie.

THERAPIEKEUZE

Na deze twee lezingen werd het 'panel' geïnstalleerd en gingen de twee sprekers en de vier panelleden (drie dierenartsen en een oud-huisarts) het debat met elkaar aan. Iedereen was het erover eens dat resultaten van wetenschappelijk onderzoek wel degelijk belangrijk zijn voor de (dier)geneeskunde in het algemeen. Wel moet de (dieren)arts bij het lezen van een artikel verder komen dan alleen de samenvatting en zelf kritisch de resultaten kunnen beoordelen. De stellingen van prof. Henk Vaarkamp, hoogleraar Veterinaire Apotheek en Praktijkvoering, werden dan ook niet tegengesproken. "Kennis van statistiek is noodzakelijk om wetenschappelijke literatuur te kunnen vertalen naar de

praktijk.” Hoe men cijferblinde studenten zou moeten weren van de opleiding (dier)geneeskunde, daarvoor werden geen suggesties gedaan.

In hoeverre is het resultaat van wetenschappelijk onderzoek werkelijk de leidraad voor je therapiekeuze? Volgens prof. Freek van Sluijs, hoogleraar Chirurgie van Gezelschapsdieren, kan een (dieren)arts aan de hand van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek niet de toekomst van zijn patiënt voorspellen. Hij kan hooguit een patiënt of eigenaar een keuze voorleggen voor het wel of niet instellen van een therapie op basis van slagingspercentages en risicopercentages. Niet iedereen was het met dit standpunt eens. Eén van de argumenten er tegen was dat cijfers afhankelijk zijn van de context waarin ze zijn onderzocht. Anders dan de patiënt is een arts in staat deze context te vergelijken met de daadwerkelijke situatie van de patiënt. Daarnaast doet voor veel mensen een slagingspercentage er niet zo veel toe, men hoopt toch altijd op het beste. Een kleine kans op genezing wordt dan ook altijd hoopvol aangenomen, ook als er daarnaast een grote kans is op complicaties en daarmee juist een slechtere kwaliteit van leven.

Ook Guus van der Bie, huisarts en onderzoeker bij het Louis Bolk instituut, benadrukte dat het belangrijk is je als (dieren)arts af te vragen in hoeverre de werking van een middel opweegt tegen de mogelijke bijwerkingen. Conclusies over de werkzaamheid vanuit wetenschappelijk onderzoek betekenen nog niet meteen dat het middel dus ook geschikt is voor de patiënt. Bij bloeddrukverlagers is de therapie bijvoorbeeld gebaseerd op het voorkomen van hart- en vaatziekten, maar is het moeilijk de ‘impact’ van de bijwerkingen op het moment dat de patiënt geen klachten heeft, af te wegen tegen het risico van de mogelijke toekomstige aandoening.

Omdat de eigenaar of patiënt zelf vaak niet over genoeg kennis beschikt om een keuze te maken, krijgt de (dieren)arts wel eens de vraag wat hij zou doen als het ging om zijn eigen hond, of in het geval van de humane

geneeskunde, zijn eigen vrouw. Moet je als (dieren)arts op deze vraag ingaan? Hierover liepen de meningen uiteen. Hoe ga je om met kanspercentages en hoe met het verschil tussen genezing en kwaliteit van leven? De (dieren)arts heeft kennis, kan nieuwe resultaten interpreteren en heeft daarnaast ervaring met andere patiënten. Als het goed is, beschikt de ‘professional’ daarnaast ook over inlevingsvermogen en kan hij de psychologische component in de beslissing meenemen. Volgens sommigen zou een goede (dieren)arts de vraag wat hij zou doen als de situatie hem persoonlijk zou betreffen dus wel degelijk moeten kunnen beantwoorden. Anderen waren van mening dat je als (dieren)arts geen beslissingen kunt nemen voor anderen, aangezien je nooit de toekomst kunt voorspellen.

PROTOCOLLAIR WERKEN

‘Evidence’ werd door het panel breder geaccepteerd dan dichtgetimmerde ‘proof’. Maar wat kunnen we dan nog wel beschouwen als ‘evidence’ en wat niet meer? Als de intuïtie van de arts zelf ook kan worden meegenomen als ‘evidence’, moet dat dan ook in de studie worden aangeleerd? Intuïtie ontwikkelt een arts door het opdoen van ervaring. Hierin schuilt wel weer een gevaar. Bij de volgende patiënt met dezelfde symptomen kun je een simpele diagnose mislopen doordat je vanuit de vorige ervaring een tunnelvisie hebt opgebouwd. Aan de andere kant kun je ook de held zijn als je op basis van je ervaring meteen aan de juiste aandoening dacht en op tijd actie hebt kunnen ondernemen.

Een ander punt dat naar voren kwam, is in hoeverre we in de westerse samenleving teveel gehecht zijn geraakt aan ‘wetenschappelijk bewijs’. De maatschappij is wantrouwend naar artsen toe en eist een zo inzichtelijk mogelijke besluitvorming. Protocolaire werken wordt gezien als een manier om hier meer inzicht in te krijgen. Maar protocolaire werken is niet hetzelfde als ‘evidence based medicine’. Bij protocolaire werken gaat het er al snel vooral om dat de juiste formulieren in drievoud worden ingevuld en niet hoe

je tot een therapiekeuze komt.

Hoe gaan we met dit alles om in ontwikkelingslanden? Volgens dr. Bert Nederbragt, universitair hoofddocent Tumorbioïlogie en Bio-ethiek en betrokken bij de stichting Wereld-Delen, weegt de context hierin veel zwaarder mee dan bij patiënten in de westerse wereld, aangezien westerse onderzoeksresultaten in het westen zelf makkelijker naar de praktijk zijn te vertalen. Daarnaast spelen volgens Nederbragt in ontwikkelingslanden ook veel andere vraagstukken die eerst aandacht verdienen. Soms verlangen mensen in ontwikkelingslanden helemaal niet naar meer kennis die leidt tot een betere gezondheidszorg, maar speelt in hun beleving bijvoorbeeld de slechte regering een veel belangrijkere rol voor hun slechte levensstandaard. Het kan ook zijn dat mensen in ontwikkelingslanden wel kennis nodig hebben, maar niet de beschikking hebben over de middelen die nodig zijn om zelf westers georiënteerde onderzoeken op te zetten. Volgens Leeflang is het belangrijk om in ontwikkelingslanden mensen op scholen en universiteiten ‘kritisch’ te leren nadenken. “Hier ligt het begin van het probleem. Kritiek leveren op degene van wie je les krijgt, is in deze culturen namelijk ‘not done’.”

Kunnen we terugkijkend niet concluderen dat Leeflang en Keppel Hesselink eigenlijk heel dicht bij elkaar komen? Kunnen we ‘evidence’ definiëren als resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, waarbij kritisch moet worden gekeken naar de context en methode van het onderzoek? En kunnen we ‘zinnig’ definiëren als zinnig met betrekking tot de kwaliteit van leven?

In ieder geval werd duidelijk dat naast een academische opleiding ook inlevingsvermogen, communicatie en overdracht van verworven kennis zijn van essentieel belang voor de (dieren)arts, om de vertaalslag te maken van wetenschappelijk bewijs naar een zinvolle therapie voor de individuele patiënt.

Jaël van der Woude is vrijwilliger bij stichting DIO.