

Evidence Based (Veterinary) Medicine; de vertaalslag naar de individuele patiënt.

Op 21 april jl. organiseerde Stichting DIO 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 vanuit verschillende invalshoeken tegen het onderwerp werd aangekeken.

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

Allereerst was dr. Mariska Leeflang, dierenarts en klinisch epidemioloog, aan het woord. Zij begon haar verhaal met de stelling dat mensen niet tegen toeval kunnen: "Altijd willen we patronen ontdekken en zijn we op zoek naar oorzaak en gevolg. Helaas komt het dan nogal eens voor dat we te snel een oorzaak aan een gevolg koppelen en we andere mogelijke oorzaken over het hoofd zien. Hierdoor wordt snel de link gelegd tussen therapie en genezing terwijl bijvoorbeeld de helft van de patiënten ook zonder interventie genezen zou zijn." Goede onderzoeksmethoden zijn volgens Leeflang dan ook van wezenlijk belang om de juiste conclusies te kunnen trekken. Maar hoe moet dat onderzoek dan vertaald worden naar de individuele patiënt? "Hierin moet uiteraard ook rekening gehouden worden met de toestand van de patiënt, de wensen van de eigenaar en de leefomgeving," stelde Leeflang.

Om aan te geven hoe we met het woord evidence om moeten gaan gebruikte Leeflang het voorbeeld van de Engelse detective. Als deze sterke aanwijzingen heeft om een bepaalde verdachte als dader aan te wijzen, gebruikt hij de term 'evidence'. Pas als hij het juiste zwart-op-wit bewijs (proof) hierbij 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 om de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek opzij te schuiven en deze niet mee te laten wegen in de keuze voor een bepaalde behandelmethode.

Prof. Jan Keppel Hesselink, arts-farmacoloog en medisch bioloog, was het met dit 'wetenschappelijk geneuzel' niet eens: "Als medicatie in de afgelopen 10 jaar op moleculair niveau in vitro is verbeterd, zegt dat nog niets over de 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 medicijn en worden negatieve resultaten vaak niet gepubliceerd. Ook worden vaak de verkeerde testmethodes en twijfelachtige gouden standaarden gebruikt." In plaats van 'Evidence Based' geneeskunde wil Keppel Hesselink het dan ook hebben over zinvolle geneeskunde versus zinloze

geneeskunde. Deze kan je dan weer onderverdelen in een bewezen variant en een onbewezen variant. Keppel Hesselink gaf hiervan een aantal voorbeelden. Zo is bijvoorbeeld een antibioticakuur bij een pneumonie bewezen zinvolle geneeskunde. Dit is ook logisch te beredeneren als je naar de werking van antibiotica op micro-organismen kijkt. Maar ook acupunctuur bij neuropathie patiënten is bewezen zinvol gebleken, aangezien de patiënt een betere levenskwaliteit heeft dan met enkel medicatie. Aan de andere kant voeren veel chirurgen vaak zinvolle interventies uit die niet altijd door middel van een groot epidemiologisch onderzoek zijn 'bewezen'. Onbewezen zinloze behandelingen daarentegen zijn het gebruik van antibiotica bij sinusitis en zap therapie.

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 er wel over eens dat resultaten van wetenschappelijk onderzoek wel degelijk van belang zijn voor de (dier)geneeskunde in het algemeen. Al is het wel belangrijk dat de (dieren)arts bij het lezen van een artikel verder komt dan alleen de abstract en zelf ook kritisch de resultaten kan 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." Voor hoe men cijferblinde studenten voor de opleiding (dier)geneeskunde dan zou moeten weren, werden echter geen suggesties gedaan.

In hoeverre is resultaat van wetenschappelijk onderzoek werkelijk de leidraad voor je therapie keuze? Volgens prof. Freek van Sluijs, hoogleraar Chirurgie van Gezelschapsdieren, kan een (dieren)arts aan de hand van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek de toekomst van zijn patiënt niet voorspellen. Hij kan slechts een patiënt of eigenaar een keuze voorleggen voor het wel of niet instellen van een therapie op basis van slagingspercentages en risicopercentages. Hier was niet iedereen het mee eens. Eén van de argumenten was dat cijfers afhankelijk zijn van de context waarin ze zijn onderzocht. In tegenstelling tot de patiënt kan een arts deze context vergelijken met de situatie van de patiënt. Daarnaast doet voor veel mensen een slagingspercentage er niet zo veel toe, ze hopen 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 van belang is om je als (dieren)arts af te vragen in hoeverre werking van een middel opweegt tegen de mogelijke bijwerkingen. Conclusies over werkzaamheid vanuit wetenschappelijk onderzoek zeggen dan nog niet meteen dat het middel ook geschikt is voor de patiënt. Als het bijvoorbeeld gaat om bloeddrukverlagers waar therapie gebaseerd is op het voorkomen van een hart- en vaatziekten, is het moeilijk om de impact van de bijwerkingen op het moment dat de patiënt geen klachten heeft, af te wegen tegen het risico van de mogelijk toekomstige aandoening.

Doordat de eigenaar of patiënt vaak zelf niet genoeg kennis heeft om een keuze te maken krijgt de (dieren)arts dan nog wel eens de vraag wat hij zou doen als het ging om zijn eigen hond, of in het geval van humane geneeskunde, zijn eigen vrouw. Moet je als (dieren)arts op deze vraag ingaan? Hierover liepen de meningen uiteen. Hoe ga je om met kansen 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 heeft de 'professional' ook inlevingsvermogen en kan de psychologische component in de beslissing mee nemen. Volgens

sommigen zou een goede (dieren)arts dan ook wel degelijk de vraag moeten kunnen beantwoorden wat hij zou doen als het hem persoonlijk zou treffen. Anderen waren van mening dat je als (dieren)arts geen beslissingen voor anderen kunt nemen aangezien je nooit de toekomst kan voorspellen.

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

Een ander punt wat naar voren kwam is in hoeverre we in de westerse samenleving misschien wel teveel gehecht zijn geraakt aan 'wetenschappelijk bewijs'. De maatschappij is wantrouwend naar artsen toe en eist een zo inzichtelijk mogelijke besluitvorming. Protocollair werken wordt als een manier gezien om meer inzicht te krijgen in deze besluitvorming. Maar protocollair werken is niet hetzelfde als evidence based medicine. Bij protocollair werken gaat het er al snel meer om dat de juiste formulieren in 3-voud worden ingevuld en niet zozeer hoe je tot een therapiekeuze komt.

Hoe gaan we met dit alles om in ontwikkelingslanden? Volgens dr. Bert Nederbragt, universitair hoofddocent tumorbiologie en bio-ethiek en betrokken bij de stichting WereldDelen, weegt hierin de context veel zwaarder mee dan bij patiënten in een westerse wereld, aangezien westerse onderzoeksresultaten in het westen zelf, makkelijker te zijn 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. Of mensen in ontwikkelingslanden hebben wel kennis nodig, maar niet de beschikking tot de middelen die nodig zijn om zelf westers georiënteerde onderzoeken op te zetten. Volgens Leeftang is het van belang om in ontwikkelingslanden te beginnen mensen op scholen en universiteiten 'kritisch' te leren nadenken. "Hier ligt het beginpunt van het probleem. Kritiek leveren op degene van wie je les krijgt is namelijk 'not done'."

Kunnen we beschouwend op deze middag concluderen dat Leeftang en Keppel Hesselink eigenlijk heel dicht bij elkaar komen? Kunnen we 'evidence' definiëren als resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, waarbij kritisch gekeken moet worden naar de context en methode van het onderzoek? En kunnen we 'zinvol' definiëren als zinvol 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 van essentieel belang zijn voor de (dieren)arts, om de vertaalslag te maken van wetenschappelijk bewijs naar een zinvolle therapie voor de individuele patiënt.