



Na het niet vinden van ‘evidentie’ begint pas het echte klinische werk...

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven en Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Evidence-based medicine leidde zo'n 25 jaar geleden tot een paradigmashift in het medisch denken. Na de Tweede Wereldoorlog gold vooral dat rationele therapie gebaseerd moest zijn op fysio-pathologische inzichten. Door veelvuldig gebrek daaraan heerste echter vooral de ‘eminence-based medicine’ (1). Toch streefde men meer en meer naar een betrouwbaardere evaluatie van de effecten van geneesmiddelen en de RCT bood hier een veelbelovend antwoord op. David Sackett gaf in een baanbrekend boek gestalte aan EBM als een klinisch handelen dat fundamenteel zoekt naar beschikbare evidentie in de literatuur en deze evidentie toetst aan de verwachtingen van de patiënt en de expertise van de arts (2).

De ‘toetsing aan de verwachtingen van de patiënt’ begint met het deskundig bevragen van de ICE (Ideas, Concerns, Expectations) van de patiënt tijdens de intake van de consultatie. Behalve deze belangrijke competentie moet elke afgestudeerde huisarts voldoende expertise ontwikkeld hebben om de best beschikbare evidentie te zoeken, te evalueren en te integreren in het klinische beleid. Het stellen van een PICO-vraag (Patient-Intervention-Comparison-Outcome) helpt om gericht te zoeken en het toepassen van CAT (Critically Appraisal of the Topic) is belangrijk om het kaf van het koren te scheiden. Volgens een bescheiden enquête bij Nederlandse HAAIO's lijkt het schoentje echter vooral te wringen wanneer men evidence-based klinische beslissingen moet nemen (3): wat doe ik als de evidentie geen antwoord biedt op mijn klinische vraag?; wanneer moet ik afwijken van de gevonden evidentie?; hoe bespreek ik de evidentie en de afwegingen met collega's? Deze ‘expertise van de arts’ is cruciaal om de juiste klinische beslissingen te kunnen nemen. Hierin is de (huis)arts nooit ‘bijgeleerd’ want om verder te kunnen groeien moet hij/zij inzicht krijgen in het eigen functioneren en haar/zijn blinde vlekken opsporen. Door deze reflectie kan de arts uiteindelijk evolueren tot medisch leiderschap: verandering in de gezondheidszorg mogelijk maken middels jezelf, de ander en de maatschappij.

Het vinden van ‘harde bewijzen’ uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) is in de alledaagse klinische eerstelijnspraktijk niet altijd vanzelfsprekend (4-6). Ook richtlijnontwikkelaars hebben vaak af te rekenen met dit probleem. Net zoals individuele artsen moeten zij zich vaak beperken tot een ‘expert opinie’ naar aanleiding van een klinische vraag.

Een recente meta-epidemiologische studie onderzocht de betekenis van dergelijke ‘expert opinies’ in 69 richtlijnen (7). Van de 2 390 aanbevelingen die in deze richtlijnen geformuleerd zijn, waren er 907 gelabeld als ‘expert opinie’. In de overgrote meerderheid van de gevallen (91%) gaven de auteurs niet aan wat ze onder een ‘expert opinie’ verstonden. In slechts 8,7% van de gevallen werd duidelijk aangegeven dat er geen evidentie voor de aanbeveling voorhanden was. Meestal citeerde men in een ‘expert opinie’ geëxtrapoleerde evidentie uit studies (40% RCT's, 38% observationele studies, 2% case reports) die geen rechtstreeks antwoord gaven op de klinische vraag van de richtlijnontwikkelaars. In 2,5% van de gevallen was de evidentie geëxtrapoleerd uit totaal verschillende onderzoekspopulaties. Van geen enkele ‘expert opinie’ werd expliciet vermeld dat ze alleen van de klinische expertise van het expertenpanel afhankelijk was. Ook viel op dat het aantal richtlijnen met ‘expert opinies’ steeg van 8,7% in 2010 naar 24,6% in 2016 en dat bijna elke aanbeveling minstens één auteur vernoemde met een financieel belangenconflict. Deze onderzoeksresultaten zijn waarschijnlijk nog onderschat omdat men enkel richtlijnen selecteerde die in hun protocol duidelijk hadden vermeld dat sommige aanbevelingen het label ‘expert opinion’ dragen.

Besluit

Van elke arts wordt verwacht dat hij zijn medisch handelen onderbouwt met het beste bewijs uit de wetenschappelijke literatuur, afgetoetst aan de verwachtingen van de patiënt en aan zijn eigen expertise. Het gaat om een levenslang leerproces dat begint in de opleiding. Voor veel medische beslissingen ontbreken echter harde bewijzen uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Ook richtlijnontwikkelaars ervaren soms belangrijke hiaten in de wetenschappelijke literatuur. Expert opinies kunnen dan een zeer waardevolle aanvulling zijn bij de onderbouwde aanbevelingen op voorwaarde dat de term ‘expert opinie’ niet gebruikt wordt voor aanbevelingen die steunen op indirecte evidentie van dikwijls zeer lage kwaliteit.

Referenties

1. Henrard G. Kan EBM nog enthousiasmeren? [Editoriaal] *Minerva* 2016;15(7):159-60.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Hayens RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
3. Kortekaas MF, Bartelink ME, Zuithoff N, et al. EBM-onderwijs in de praktijk: moeilijker dan gedacht. *Huisarts Wet* 2017;60:551-3.
4. De Jonge M. Hoe EBM omzetten naar de praktijk? [Editoriaal] *Minerva* 2011;10(3):27.
5. Lemiengre M. Evidence Based practice is naast evidentie en richtlijnen ook kennis, communicatie en wijsheid. [Editoriaal] *Minerva* 2017;16(8):187-8.
6. De Cort P. Het evidence-beest. [Editoriaal] *Minerva* 2013;12(2):14.
7. Ponce OJ, Alvarez-Villalobos N, Shah R, et al. What does expert opinion in guidelines mean? A meta-epidemiological study. *Evid Based Med* 2017;22:164-9. DOI: 10.1136/ebmed-2017-110798