

Het evidence-beest

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde,
Katholieke Universiteit Leuven

Ondanks de inburgering van Evidence-Based Medicine blijft dit thema het onderwerp van regelmatige discussies, ook binnen Minerva. Enkele voorbeelden hiervan zijn de technische¹ of de inhoudelijke² beperkingen om EBM-gegevens in de alledaagse klinische praktijk toe te passen of de kans dat het belang van klinische studies wordt overschat ten nadele van de fysiopathologische basiswetenschappen ofschoon beide benaderingen complementair zijn³. Na dergelijke discussies komen gewoonlijk de neuzen terug in dezelfde richting te staan want in wezen blijft EBM een methodiek die een kwaliteitsvolle behandeling wil garanderen, gebaseerd op gevalideerde behandelmethoden. Daar kan niemand toch iets tegen hebben. De beschouwingen van Sackett, de grondlegger van EBM, overtuigen tenslotte de meest hardnekkige criticasters. Hij stelt dat drie componenten bij een geneeskundige beslissing best altijd aan bod komen en met elkaar verzoend worden: de ervaring en de kennis van de arts, het bewijs uit de literatuur en de opvattingen en bezorgdheden van de patiënt. Met dit algoritme integreert men gegevens uit systematisch klinisch onderzoek met klinische ervaring, kennis en met de waarden en verwachtingen van de patiënt, schrijft de psychiater J. Vandenbergh in zijn artikel 'grenzen aan evidence b(i)ased psychiatrie', gepubliceerd in het tijdschrift voor psychiatrie⁴.

Het zijn niet alleen psychiaters die vragen stellen bij het statistisch analyseren van 'de mens' om tot evidente besluiten te komen. Ook heerst er bij de huisarts, zeker als het gaat over zijn patiënt met een psychosomatische of psychosociale problematiek, een gevoel van vernauwing van het blikveld bij het consulteren van EBM-gegevens, mochten ze al gevonden worden. De klassieke kloof tussen de clinicus en de wetenschapper blijft dat de individuele patiënt wordt afgewogen aan de gemiddelde resultaten van een strikt geselecteerde groep proefpersonen waarvan de afzonderlijke elementen of variabelen gemeten zijn.

Gezondheidswerkers uit de psychische sfeer (psychologen, psychotherapeuten) formuleren deze inperking steeds scherper. Zonder te twijfelen aan de fundamentele verdiensten van EBM, beklemtonen ze dat 'er weinig of geen ruimte overblijft voor wat wezenlijk is aan de patiënt, zijn behandeling of zijn therapie', voor 'datgene wat ertoe doet'. We hebben het hier over aspecten die deel uitmaken van de therapeutische relatie maar die versralen binnen de pragmatische EBM-optiek: empathie, presentie, betrokkenheid en vertrouwen. Daarnaast lijkt er ook nauwelijks ruimte te bestaan voor datgene wat het onmiddellijke overstijgt: zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit⁵. Ook de contextualiteit van de patiënt kan hoogstens in beperkte mate worden ingeschat⁶. De methoden bij uitstek van EBM, namelijk de RCT en de meta-analyse, zijn niet in staat om deze elementen volledig tot hun recht te laten komen. Het zijn onderzoeksmethoden die specifieke en persoonlijke therapeutische aspecten vervlakken, versralen. Vandaar het ontstaan van pleitbezorgers voor andere vormen van kwaliteitsevaluatie in de psychotherapie. EBM is immers ontwikkeld vanuit de klinische epidemiologie waarbij het juist meten van strikt beschreven en meetbare uitkomsten centraal staat. RCT's vertonen hiervoor de minste bias maar door de strikte methodologie zijn ze niet altijd geschikt om het effect van individuele aspecten van een therapie te meten. Daarenboven speelt ook mee dat er geen uniforme vorm van psychotherapie bestaat.

Dit punt van 'moeilijk meetbare effecten van psychotherapie' is ook door Verhaeghe geanalyseerd⁷. Hij concludeert dat de courante onderzoeksmethodes door hun blikveldvernauwing onvoldoende aandacht geven aan het proceskarakter van verdiepende psychotherapieën waardoor ze hun relevantie volledig dreigen te verliezen. Hij schrijft met veel beeldspraak dat door het toepassen van de methodologie van de farmacologische research (i.c. RCT's) het paard van Troje de psychotherapeutische stad is binnengehaald en de ondergang dus dreigt. Hij constateert een tunnelvisie in de zorgsector, waar de kwaliteit bepaald wordt door een scoringssucces. Volgens Verhaeghe is dit een symptoom van het nieuwe 'grote verhaal' dat neoliberalisme en meritocratie ('macht door verdienste') heet, en dat enkel aanzet tot oppervlakkig en vluchtig (commercieel) succes⁸. Een nieuwe soort (psycho)therapie is inderdaad nodig, want de 'brave neuroticus' bestaat niet langer, de YARVIS-patiënt van weleer (Young, attractive, rich, verbal, intelligent, social) is vervangen door de 'I am feeling FINE, hallo?'-patiënt (Fucked-up, insecure, neurotic, emotional) en die krijg je niet meer op de sofa...⁹.

Vooral in Nederland, waar de terugbetaling voor langdurige psychoanalytische therapie is ingetrokken als gevolg van een vermeende negatieve kosten-baten balans, is EBM de kop van jut en stoot men in een erudiet tijdschrift voor psychotherapeuten op een artikel met de veelzeggende titel 'de (on)macht van het evidence-beest'⁹.

Meer genuanceerd en ook herkenbaar voor de huisarts, zijn de bedenkingen van Krikilion⁵ wanneer hij vanuit zijn ervaring als psychotherapeut in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg voorstellen doet om het referentiekader van EBM te verruimen. Hij stelt dat het behandelen een meerdimensioneel gegeven is, met aandacht voor de verschillende dimensies van persoon (samenhang tussen psychische, maatschappelijke, lichamelijke,...) en therapie (meergelaagde vorm van begeleiding, monitoring). In dit verband verwijst ook Barbara Michiels in haar editoriaal⁶ op de 'helingskracht' van een goede arts-patiënt relatie. Ten tweede komt het erop aan de waarden die in het geding zijn, in overleg met de patiënt zichtbaar te maken (Value-based medicine)⁴. Dit 'zoeken naar verschil' leidt tot een afstemming van de zorgvraag want wat bij de ene persoon 'werkt', is nog niet per definitie de juiste aanpak bij een andere patiënt. Tenslotte is er een pleidooi om de reductionele kennis uit wetenschappelijk onderzoek te verruimen naar kennis 'als het samen zoeken naar waarheid in deze specifieke patiëntensituatie'. Zo krijgt kennis een veelkleuriger karakter en krijgt het ook meer de betekenis van wijsheid.

Deze redactionele bedenkingen sluiten aan bij de duiding van een artikel in dit nummer dat de waarden van meerdere psychotherapieën evalueert en doen niets af aan de besluiten van de duiders. Wij willen enkel beklemtonen dat de rationele reductie van een zorgsituatie, kenmerkend voor elke RCT, nog meer opvalt als het gaat om complexe onderwerpen zoals psychische problemen, aanpak van multimorbiditeit, zorg voor het levenseinde, enz. en dat het in die gevallen vooral duidelijk is dat een goede patiëntenzorg meer is dan de letterlijke toepassing van een richtlijn¹⁰. Hetgeen elke clinicus wel weet en ervaart!

Referenties zie website www.minerva-ebm.be