

Context geen basis voor bewijs

Recentelijk verscheen bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) het rapport *Zonder context geen bewijs*. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.¹ Blijkens de ondertitel meent de raad dat medisch-wetenschappelijk onderzoek onvoldoende basis levert voor goede zorg. Door de nadruk te leggen op gestandaardiseerde situaties en datgene wat meetbaar is met de pretentie van universele geldigheid, zou de evidence-based beweging met haar vlaggenschip de randomized controlled trial (RCT) onvoldoende rekening houden met verschillen tussen patiënten en hun persoonlijke waarden en voorbijgaan aan de pluriformiteit van de werkelijkheid. Om de problematiek te boven te komen houdt de raad een pleidooi voor context-based practice, waarbij ook kennisbronnen worden gebruikt die de evidence-based practice onderbenut. Denk hierbij aan klinische expertise, kennis van patiënten, kennis van de context, zoals leefomstandigheden, en voorkeuren van patiënten en kennis van de waarden die in het geding zijn.

De raad schetst besluitvorming in de zorg als een experiment in het verbinden van deze verschillende kennisbronnen. Onzekerheid speelt hierbij altijd een rol. Van deze besluiten kan veel geleerd worden, vindt de raad. Hij houdt een pleidooi voor een continu proces van samen leren en verbeteren dat zorgprofessionals en -organisaties voornamelijk op lokaal niveau moeten vormgeven.

Het voorstel van de raad om via besluitvorming op basis van integratie van contextvariabelen al experimenterend nieuwe leerervaringen op te doen, is in feite een miskenning van het karakter van wetenschappelijke kennis en is zeker geen stap voorwaarts.

DE VERDIENSTEN VAN RCT'S

Wie het rapport leest, krijgt de indruk dat de geneeskunde met de nadruk op evidence-based handelen op een verkeerd spoor terecht is gekomen en dat de wissels moeten worden omgezet. Daarbij komt de vraag op hoe dit allemaal zo is gekomen. Meerdere auteurs hebben zich het hoofd gebroken over de vraag hoe te verklaren valt dat RCT's na de Tweede Wereldoorlog in betrekkelijk korte tijd op grote schaal in de geneeskunde ingang hebben gevonden. Volgens de toen dominante geneeskunde was het zaak rationele therapie op basis van (patho)fysiologische inzichten te grondvesten. Het gebruik van statistische methoden was hierbij niet noodzakelijk en zelfs ongewenst.²⁻⁵

De verklaring hiervoor is dat RCT's bruikbaar bleken bij een reeds veel langer bestaand streven de evaluatie van ef-

fecten van geneesmiddelen een grotere betrouwbaarheid te verschaffen, onder andere om claims van de farmaceutische industrie op waarde te kunnen schatten. Randomisatie levert een mechanisme om vooringenomenheid van de onderzoeker te elimineren door de toewijzing van patiënten aan een behandel- of controlegroep te automatiseren en de effectbeoordeling te blinderen. Bovendien levert de ontwikkeling van de significantietest een methode voor weging van de resultaten. Zo beschouwd is de RCT niets anders dan een uitvinding om dikwijls subtiele verschillen in effectiviteit van behandelingen te meten, onafhankelijk van gemakkelijk vertekende persoonlijke beoordelingen door onderzoekers.

Daarmee past de opkomst van *clinical trials* in een al veel langer aanwezig streven de geneeskunde een grotere objectiviteit te verschaffen. Aan dit streven naar objectivering en meetbaarheid, heeft de westerse geneeskunde een groot deel van haar succes te danken.

BEPERKINGEN

RCT's zijn beslist niet ideaal en in zekere zin te beschouwen als een noodoplossing, omdat de geneeskunde de experimentele condities op individueel niveau onvoldoende in het vizier heeft of niet in staat is deze afdoende te controleren. De uitkomsten betreffen vaak een verandering in de kans op verbetering of genezing bij een groep patiënten. Dit betekent onder andere dat er altijd rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid dat de resultaten niet gelden voor een nog niet identificeerbare subgroep, bijvoorbeeld door een afwijkend genetisch profiel. Een belangrijke beperking van RCT's is dat zij geen zicht geven op de mechanismen die verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten. Anders dan de raad meent, pretenderen trials niet kennis te genereren over universele wetmatigheden. Integendeel: het zijn experimenten 'just to see what happens', waarbij de generaliseerbaarheid van het gevonden effect naar andere tijd of plaats nog moet worden aangetoond. Replicatie van de uitkomsten van RCT's is dan ook steeds nodig.⁶

CONTEXT IS GEEN BASIS VOOR KENNIS

Het bewijs als basis voor goede zorg is dus een illusie, zo schrijft de RVS. Voor zover daarmee bedoeld wordt dat evidence-based practice met haar voorkeur voor RCT's niet in staat is een antwoord te geven op alle zorgvragen, heeft hij met die uitspraak gelijk. De voordelen van een bewezen effectieve interventie moeten immers ook voor de individuele patiënt de moeite waard zijn en uitstijgen boven de lasten ervan.

Bedenkelijk is de suggestie van de raad dat de evidence-based practice beweging dat ooit ontkend zou hebben. Voor zover er afwijkingen zijn in de zin van ongewenste standaardisering van zorg, zijn die uitgelokt door ongepast gebruik van indicatoren en bijbehorende beloningssystemen.



Evidence levert niet het antwoord op alle vragen die zich in de praktijk voordoen.

Nog bedenkelijker is het dat de kritiek van de raad op evidence-based practice zich in feite laat lezen als kritiek op de westerse medische wetenschap als geheel. Evidence-based practice is immers niet veel meer dan het ordentelijk doorvlooien, systematisch samenvatten en duiden van de resultaten daarvan.

Natuurlijk is de medische wetenschap reductionistisch, heeft ze een voorkeur voor meetbare en objectiveerbare zaken en het zoveel mogelijk neutraliseren van versturende variabelen en zijn de gekozen uitkomstmaten voor discussie vatbaar. Dezelfde kritiek viel ook ver voordat evidence-based practice was uitgevonden in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw op de medische wetenschap te beluisteren. Ook toen al kwam men vaak met holistische alternatieven.

Uiteraard moet een arts bij het gebruik van medische kennis in de praktijk ook rekening houden met 'context', zoals opvattingen, voorkeuren en waarden van patiënten. De meeste richtlijnteksten en praktiserende artsen zijn zich daar afdoende van bewust.

Het is onbegrijpelijk dat de raad voorstelt om besluiten die rekening houden met al deze 'pluriforme' en 'dynamische' variabelen te beschouwen als experimenten en het voor te stellen dat men daarvan kan leren, alsof deze experimenten bruikbare kennis zullen opleveren. Een experiment veronderstelt een heldere vraagstelling en afdoende controle van de relevante variabelen. De opbrengst van besluitvorming op basis van de 'verbinding' of 'integratie' van heterogene variabelen zal doorgaans niet meer zijn dan een verzameling oninterpreteerbare casuïstiek. Als artsen daar inzichten aan gaan ontleen, zal het gaan om opvattingen waarvan de juistheid nog moet worden bewezen. Dergelijke opinies zijn gemakkelijk vertekend door persoonlijke preoccupaties en verschillen wezenlijk van kennis. Anders dan de raad stelt is kennis bij

uitstek niet persoonlijk, behalve in de triviale zin dat een persoon kennis kan bezitten. Kennis veronderstelt een methode die ook voor anderen inzichtelijk en overdraagbaar is en is daarmee op zijn minst intersubjectief.

CONCLUSIE

In zijn rapport signaleert de raad een aantal beperkingen van evidence-based practice die allang bekend zijn. Evidence levert niet het antwoord op alle vragen die zich in de praktijk voordoen. Richtlijnmakers en de meeste artsen zijn zich daarvan goed bewust.

Het pleidooi voor context-based practice waarbij op basis van integratie van contextvariabelen al experimenterend nieuwe leerervaringen op worden gedaan, is in feite een miskenning van het karakter van wetenschappelijke kennis en vormt geen bruikbaar alternatief.

LITERATUUR

- 1 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag, 2017.
- 2 Marks HM. The progress of experiment. Science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- 3 Bodewitz HJ, Buurma H, De Vries GH. Regulatory science and the social management of trust in medicine. In: Bijker WE, Hughes TP, Pinch TJ (eds). The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology. Cambridge, Massachusetts/London, England: The MIT Press, 1987.
- 4 Matthews JR. Quantification and the quest for medical certainty. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.
- 5 Porter TM. Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life. Princeton: Princeton University Press, 1995.
- 6 Wiersma TJ. Twee eeuwen zoeken naar medische bewijsvoering. De gespannen verhouding tussen experimentele fysiologie en klinische epidemiologie. Amsterdam, Overveen: Boom, Belvédère, 1999.