

Volkers NA, Hehenkamp WJ, Birnie E, Ankum WM, Reekers JA. Uterine artery embolization versus hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 2 years' outcome from the randomized EMMY trial. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:519-11.

Warner PE, Critchley HO, Lumsden MA, Campbell-Brown M, Douglas A, Murray GD. Menorrhagia II: is the 80-ml blood loss

criterion useful in management of complaint of menorrhagia? *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1224-9.

Wegienka G, Baird DD, Hertz-Picciotto I, Harlow SD, Steege JF, Hill MC, et al. Self-reported heavy bleeding associated with uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2003;101:431-7.

Wise LA, Palmer JR, Stewart EA, Rosenberg L. Age-specific incidence rates for self-reported

uterine leiomyomata in the Black Women's Health Study. *Obstet Gynecol* 2005;105:563-8.

Ylikorkala O, Pekonen F. Naproxen reduces idiopathic but not fibromyoma-induced menorrhagia. *Obstet Gynecol* 1986;68:10-2.

Intermezzo

Wat is passend bewijs?

Richtlijnen pretenderen evidence-based te zijn. Dat geldt ook voor de NHG-Standaarden zoals de standaard Vaginaal bloedverlies. Je zou denken dat dit een goede zaak is. Een recent rapport van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid getiteld *Passend bewijs* vraagt echter aandacht voor de mogelijke schaduwzijden van de huidige nadruk op *evidence* in het zorgbeleid.

Een behandeling waarvan de effectiviteit is aangetoond in een randomized controlled trial heeft aanmerkelijk meer kans om in een richtlijn te worden aanbevolen dan een behandeling die alleen kan bogen op minder hoog aangeschreven onderzoek. Ook bij discussies over de invulling van het basispakket is evidence een belangrijk criterium. Daardoor bestaat de kans dat interventies waarvan de baten minder gemakkelijk in trialverband onderzoekbaar zijn, zoals leefstijlinterventies, het onderspit delven.

De auteurs signaleren daarnaast nog een aantal gevaren van deze roep om bewijs. Zo wordt 'niet-bewezen effectief' gemakkelijk gehouden voor 'bewezen niet-effectief'. Daarnaast bestaat kans dat vragen die niet goed met trials kunnen worden beantwoord van de onderzoeksagenda verdwijnen en kan de nadruk op evidence ertoe leiden dat we niet meer doen wat nodig is, maar waar

bewijs voor is. Omdat het meeste bewijs wordt vergaard over medische behandelingen die ondergaan worden door welvarende mensen, heeft evidence-based medicine onbedoeld ook een politieke uitwerking.

Het rapport pleit ervoor om een typologie te ontwerpen van zorgvormen met daaraan gekoppeld het type bewijsmateriaal dat daarbij het beste past. In de geneeskundige praktijk worden vragen omtrent het natuurlijk beloop van ziektebeelden of bijwerkingen van geneesmiddelen niet primair beantwoord met behulp van randomized controlled trials. Op dezelfde manier zouden we kunnen besluiten dat deze onderzoeksmethode niet geëigend is bij meer complexe interventies zoals preventieprogramma's en verpleegkundige handelingen.

Het is jammer dat de auteurs van het rapport niet wat meer ingaan op de vraag hoe een dergelijke typologie eruit zou moeten zien. Het is op zich een goede zaak dat ze te midden van alle retoriek over evidence-based medicine wijzen op het feit dat het niet reëel is om te verlangen dat er voor iedere behandeling en voor iedere soort patiënt bewijs uit een randomized controlled trial noodzakelijk is en dat dit verlangen zijn schaduwzijden heeft. Anderzijds kan men zich afvragen of de auteurs de situatie niet wat te somber inschatten. Bij het maken van standaarden is het probleem aan de orde van de dag dat er minder bewijs is dan men zou wensen. Het is dan zaak aanbevelingen te formuleren op basis van het best

beschikbare bewijs. Feitelijk spelen extrapolaties van onderzoeksresultaten geboekt in andere groepen of geboekt met een minder hoog aangeschreven onderzoeksopzet bij het formuleren van aanbevelingen dan ook al lang een rol. In deze standaard is het gebruik van een levonorgestrel afgevend IUD bij overvloedig bloedverlies dat samenhangt met myomen daarvan een voorbeeld. Deze extrapolaties worden dikwijls gemaakt op basis van (patho)fysiologische overwegingen of combinaties van *circumstantial* evidence. Over de legitimiteit van dergelijke extrapolaties blijkt men echter gemakkelijk verschillend te kunnen oordelen. De recente kritiek in het televisieprogramma RADAR op het voorschrijven van cholesterolsyntheseremmers voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten bij ouderen en vrouwen is daarvan een voorbeeld. Omdat de effectiviteit van deze middelen bij deze groepen minder overtuigend is aangetoond, menen enkele preciezerikken dat het gebruik ervan maar beter helemaal achterwege kan blijven. Eigenlijk zou de discussie moeten gaan over de vraag wanneer extrapolaties op basis van onvolledige evidence gerechtvaardigd zijn. Systematische aandacht voor deze problematiek staat evenwel nog in de kinderschoenen.

Tjerk Wiersma

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid. Signalering ethiek en gezondheid 2007/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2007.