



### Kan EBM nog enthousiasmeren?

Gilles Henrard, Département de Médecine Générale, Université de Liège

Evidence-Based Medicine opgelicht? Ja, volgens John Ioannidis, een vooraanstaand onderzoeker die vooral bekend is om zijn kritische houding over de betrouwbaarheid van gepubliceerde resultaten. Hij publiceerde begin 2016 een virtuele conversatie (1) met zijn vriend en mentor David Sackett, EBM-pionier die in mei 2015 overleden is. Hun conversatie begon in 2004 en Ioannidis wilde met zijn nu afwezige vriend zijn frustraties delen over de evolutie van EBM in de laatste 12 jaar. Hij doet dat op een zeer mooie, bitterzoete en heldere manier.

Het artikel heeft een historisch tintje. In 2004 was ik net afgestudeerd aan de universiteit. Onze generatie zorgverleners is enigszins geboren in de EBM-wieg. Daarom is het misschien nuttig om te wijzen op het emancipatorische aspect van de oorspronkelijke EBM-benadering die ontstaan is in Canada midden de jaren 90 als tegenwicht voor de arbitraire ‘eminence-based medicine’. Ioannidis beschrijft op uitstekende wijze hoe de academische wereld aanvankelijk veel weerstand had tegen de opkomst van EBM, om deze nadien uit opportunisme onder de arm te nemen. Vervolgens geeft hij helder en uitgebreid weer wat er momenteel fout loopt met EBM en hoe de beweging wordt opgelicht en op een zijspoor gezet. Lezers van Minerva zijn waarschijnlijk al vertrouwd met enkele manipulatieve technieken: de toenemende rol van de farmaceutische industrie bij het uitvoeren van gerandomiseerde studies, een publicatiestrijd zonder regels of wetten, en de uitgave van onderzoeksgelden aan onderzoeksvragen die weinig relevant zijn voor de volksgezondheid, maar wel economisch rendabel. De bibliografie die Ioannidis aanhaalt, is een echte bloemlezing.

Maar het belangrijkste aspect van dit artikel ligt op een ander vlak. Doorheen de gevoeligheid waarmee hij de figuur van David Sackett omschrijft, wijst Ioannidis op 2 essentiële middelen om niet op een zijspoor te belanden. Vooreerst het belang van de klinische praktijk die Sackett zelf altijd is blijven uitoefenen (2). Deze helpt ons om de relevante onderzoeksvragen te formuleren en met onze voeten op de grond te blijven staan. Vervolgens de weigering om vanaf een bepaald ogenblik een expert te worden. Tot tweemaal toe verliet Sackett een hem goed bekend onderzoeksdomein, omdat hij vond dat zijn positie als expert een belemmering vormde voor nieuwe onderzoekers en voor nieuwe ideeën (3).

Een collega die trouwens regelmatig een artikel bespreekt voor Minerva, schreef mij onlangs: *“Eén van de belangrijkste determinanten voor de kwaliteit van de zorg is de motivatie van de zorgverlener, en dat geldt zowel hier als in Afrika. Ik ben echter bang dat voor eender welke zorgverlener EBM eerder demotiverend werkt dan motiverend ...”*. Momenteel ervaren klinici ‘de best beschikbare evidentie’ al te veel als een harnas, als een domein dat zich afspeelt ver van hun bed en geen rekening houdt met hun klinische ervaring (4) en met hun communicatie met de patiënt (5). En dat terwijl klinische ervaring en dialoog met de patiënt integraal deel uitmaken van de oorspronkelijke EBM-benadering... De vraag is of EBM een waardevolle plaats en een actieve rol kan toekennen aan zorgverleners, waarbij de verschillende invalshoeken die elk op zich relevant zijn (het wetenschappelijke bewijs, de klinische intuïtie van de zorgverlener en de inbreng/competentie van de patiënt) geïntegreerd worden. Of eenvoudiger: kan EBM de zorgverleners nog enthousiasmeren?

De redactie van Minerva is overtuigd van wel. Wetenschappelijke benadering en onafhankelijkheid zijn 2 aspecten die bij de meeste zorgverleners motiverend werken door hen het gevoel te geven dat ze goed werk leveren. Minerva wordt opgemaakt door en voor zorgverleners op het terrein en zou in die zin misschien een motiverend effect kunnen bewerkstelligen. Wat kan ons stimuleren? Alert zijn voor de actualiteit en tijd nemen om hierbij stil te staan? (Zie het artikel in dit nummer: ‘Hebben de nieuwe orale anticoagulantia een plaats bij de langetermijnbehandeling van longembolus?’ (6)). Een therapeutische aanpak in de kijker zetten die al lang toegepast

wordt, maar niet gebaseerd is op enig overtuigend bewijs? (*Zie in dit nummer: 'Geen overbrugging nodig met heparines met laag moleculair gewicht bij een onderbreking van orale anticoagulantia voor een electieve ingreep met bloedingsrisico bij patiënten met voorkamerfibrillatie?' (7)*). Of een domein verkennen waarover weinig bekend is, maar dat toch relevant is voor de dagelijkse praktijk? (*Zie in dit nummer: 'Medisch onverklaarde lichamelijke klachten: de machteloosheid van artsen in opleiding' (8)*). Voor domeinen met veel wetenschappelijk bewijs hopen sommige zorgverleners op een gestandaardiseerde geneeskunde via EBM, terwijl anderen meer terughoudend zijn. EBM herleiden tot een catechismus is volgens *La Revue Prescrire* echter dubieus (9). Zelfs als er sterk wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, kan iedere zorgverlener een aantal fundamentele hulpmiddelen gebruiken om te komen tot een gezamenlijke besluitvorming met de patiënt. Wat is de natuurlijke evolutie van dit probleem? Moet ik dit probleem medicaliseren? Welke gezondheidsdoelstellingen stellen zich hier: genezen, symptomen verlichten, de kwaliteit van leven verbeteren, deelname aan activiteiten van het dagelijkse leven bevorderen (10)? Hoe een maximum aan autonomie garanderen voor mijn patiënt... indien deze ertoe in staat is, en hoe mijn patiënt helpen om zijn autonomie te behouden of het verlies ervan te verwerken (11)?

We hopen dat dit nummer van *Minerva* het enthousiasme en de motivatie van de lezers kan aanwakkeren en enkele tools kan aanbieden voor een kwaliteitsvolle zorg. Het artikel van Ionnadis had op mij zeker dat reflecterende en enthousiasmerende effect. Een artikel dus voor alle zorgverleners die besloten hebben om het EBM-kind niet met het water van het farmaco-academisch-industriële bad weg te gooien.

## Referenties

1. Ioannidis JP, Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol* 2016;73:82-6.
2. Straus SE, Sackett DL. Clinician-trialist rounds: 7. Mentoring: why every clinician-trialist needs to get mentored. *Clin Trials* 2011;8:765-7.
3. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. *BMJ* 2000;320:1283.
4. Buist M, Middleton S. What went wrong with the quality and safety agenda? An essay by Michael Buist and Sarah Middleton. *BMJ* 2013;347:f5800.
5. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;312,1295-6.
6. Sculier JP. Hebben de nieuwe orale anticoagulantia een plaats in de langtermijnbehandeling van longembool? *Minerva* 2016;15(7):170-4.
7. Chevalier P. Geen overbrugging nodig met heparines met laag moleculair gewicht bij een onderbreking van orale anticoagulantia voor een electieve ingreep met bloedingsrisico bij patiënten met voorkamerfibrillatie? *Minerva* 2016;15(7):166-9.
8. Henrard G. Medisch onverklaarde lichamelijke klachten: de machteloosheid van artsen in opleiding. *Minerva* 2016;15(7):175-9.
9. *Prescrire* Rédaction. L'un et l'autre. Gamberges. *Rev Prescrire* 2006;26:641.
10. De Jonghe M. Naar een gepersonaliseerde zorg of rekening houden met gezondheidsdoelstellingen? [Editoriaal] *Minerva* 2013;12(7):79.
11. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.