

# In gesprek met evidencebased

R. Legerstee \*

**Drie maanden geleden trof ik evidencebased in de wachtkamer van de polikliniek klinische epidemiologie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Onlangs hoorde ik tot mijn verbazing zelfs dat hij wordt vastgehouden op de afdeling penitentiaire psychiatrie van het Apodictisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam. Ik zocht hem op en sprak met hem.**

Het voelde niet goed om hem zo achter de tralies te zien (figuur 1). Hij herinnerde zich nog van de vorige keer dat ik niet wist dat hij een dier was. Meer nog dan in ons vorige gesprek trof ik evidencebased in een zeer donkere, bijna deplorabele gemoedstoestand. Hij zei maar niet te kunnen bevatten waarom hij hier nu moet vastzitten. De sterke verbinding tussen zijn naam en de term Evidence Based Medicine (EBM) heeft zijn leven tot een ware kwelling gemaakt. De diagnose ‘meervoudige persoonlijkheidsstoornis’ maakt deze nachtmerrie alles behalve minder. Hij kan zich ook niet identificeren met dit predicaat want, zo zegt hij: “er is toch niets wezenlijks mis met mij?”. Ik probeer hem een hart onder de riem te steken. Er is ook niets mis met je, lief evidencebased. Evidence Based Medicine is een fantastische naam! Daar kan ook maar één persoonlijkheid aan worden gekoppeld: die van een goede, ethische en eerlijke. Waarop anders dan ‘evidence’ zou het handelen van artsen en verpleegkundigen dán gebaseerd moeten zijn (1)? Nee, helemaal niemand kan bezwaar maken tegen iets dat jouw naam draagt. En precies dáár zit volgens mij de verklaring van je huidige en ellendige situatie. Want de ‘EBM-mensen’ die wel als zombiewetenschappers zijn aangehaald (2) hebben niet alleen jouw naam gekaapt (3), ze hebben er zelfs een heel andere betekenis aan gegeven. Iedereen, evidencebased, ook - en misschien wel juist - de medische professionals die dagelijks in jouw naam de beste zorg proberen te leveren aan de patiënt, is blind gaan vertrouwen op aanbevelingen in standaarden en richtlijnen die zogenaamd evidence based zouden zijn.

*Door een systeem te hanteren en dat onvoorwaardelijk superieur te maken aan de inhoud, kun je op ieder moment zelf bepalen welke informatie je al dan niet als inhoud beschouwt en toelaat (of niet) tot het systeem.*



Figuur 1. In gesprek met evidencebased achter de tralies.

## Het systeem belangrijker dan de inhoud

De makers van standaarden en richtlijnen, meest artsen of verpleegkundigen die een cursus epidemiologie hebben gevolgd, zijn zelf ook blind gaan geloven dat de ‘waarheid’ alleen kan worden gevonden in RCT’s en de meta-analyse daarvan. Die zogenaamde MARCT-benadering (4) holt de medisch specialistische zorg uit door middel van uitsluiting. “Uithollen door middel van uitsluiting? Hoe dan?” zucht evidencebased. Wel, vervolg ik, door een systeem te hanteren en dat onvoorwaardelijk superieur te maken aan de inhoud, kun je op ieder moment zelf bepalen welke informatie je al dan niet als inhoud beschouwt en toelaat (of niet) tot het systeem. Zo kun je, door het bewust weglaten of negeren van allerlei bronnen van informatie, zelf bepalen welke informatie uiteindelijk in standaarden en richtlijnen terechtkomt (5). Mijn woorden lijken evidencebased wat op te beuren; in zijn ogen is zowaar een fonkeling te zien. Hij zegt: “... maar dat zou dan kunnen verklaren dat mij ten onrechte een andere persoonlijkheid is toegedicht ...” Precies, vervolg ik, en die andere persoonlijkheid is er juist een van óneerlijkheid, van misleiding en onethisch handelen. En ik snap ook waarom juist jij daardoor in een intern conflict kunt raken. “... Hoe heeft dit systeem dan zo dominant kunnen worden?...” vraagt evidencebased. Nou, ik denk dus door jouw prachtige naam. Die is zo zuiver en eerlijk dat maar weinigen

openlijk kritisch durfden te zijn (6-8). En tegen de tijd dat de hoeveelheid bezwaren een zeker volume begon te krijgen was 'EBM', met de Cochrane organisatie voorop, al een heuse industrie geworden (9). Een industrie die een enorme hoeveelheid meta-analyses en systematische reviews produceert en die vervolgens schaamteloos presenteert als de absolute waarheid.

### “Ja ? . . . en nu dan?” vraagt evidencebased

Tja, dat is nog wel 'een dingetje'. Je kunt je afvragen of de huidige situatie zou kunnen zijn ontstaan als EBM 'epistemology-based medicine' (op ALLE menselijke kennis gebaseerde geneeskunde) had betekend, maar ja, da's achteraf praten. Ik denk wel dat jij hier dan vandaag niet had gezeten. Want in tegenstelling tot met de betekenis van het woord 'evidence' valt er veel moeilijker te marchanderen met het begrip 'alle menselijke kennis'. Anders dan bij de geveinsde hiërarchie in de 'piramide van medische bewijzen' (6) bestaat er wél een rangorde in de vormen waarin onze gedachten en inhoud tot wijsheid leiden: data → informatie → kennis → begrip → wijsheid (10). Het systeem van MARCT-EBM ziet alleen epidemiologische data als informatie, en sluit bewust alle andere vormen van reeds bestaande kennis en begrip (genetica, fysiologie, biochemie etc, kortom BIOLOGIE) uit.

Zo wordt informatie rechtstreeks naar het domein van 'wijsheid' bevorderd. Het wél overwegen van de domeinen kennis en begrip (11-14) is veel ingewikkelder en kan eigenlijk alleen goed worden gedaan door (of met) experts in een vakgebied. In ons land is de grootste voorstander van de MARCT-EBM de Nederlandse Cochrane-tak die in Amsterdam is ontwikkeld. 'Het systeem' lijkt zich van daaruit inmiddels in de driehoek met Nijmegen en Utrecht te hebben gevestigd. Geholpen door het Zorginstituut Nederland (ZiN) met een financiële ondersteuning van tientallen miljoenen euro's wordt op dit moment een zeer grote operatie ondernomen om alle specialistische interventies van medici en verpleegkundigen aan onderzoek te onderwerpen. Daartoe opgeroepen door de Tweede Kamer zal professor zinnige zorg Sjoerd Repping de regering informeren over welke handelingen al dan niet 'bewezen effectief' of al dan niet 'gepast' zijn in de Nederlandse gezondheidszorg (15-16). Aan deze politieke oproep is ook de opdracht verbonden om de interventies die als

'niet bewezen effectief' of 'ongepast' worden aangemerkt, niet langer voor verstrekking en vergoeding in aanmerking te laten komen. In het Domus Medica in Utrecht huist het collectief van alle medisch wetenschappelijke verenigingen, lid van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), en worden voor hun kennis ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten (KiFMS). Een ander instituut, het Geneesmiddelenbulletin (Ge-Bu), dat alle Nederlandse huisartsen en apothekers 'objectief' informeert, resideert ook in het Domus Medica. Ook zij maken uitsluitend gebruik van de MARCT-EBM benadering. Zoals wel vaker gebeurt lijken de verpleegkundige beroepsgroepen het medische systeem hierin te volgen. In de wondbehandeling is het niet anders gegaan. Het Wondplatform Nederland (WPN) is volledig meegegaan in deze systematiek, waardoor het de inhoud van de wondzorg niet heeft kunnen adresseren (17). Alle genoemde relevante instituties lijken volkomen te zijn vastgelopen in hun vooringenomenheid (18).

### “Is er dan helemaal niets meer aan te doen?”

Nou, zó dramatisch is het gelukkig (nog) niet, evidence-based. Zeer zorgelijk is wel dat alle bovengenoemde partijen zich al aan het zogenaamde Hoofdlijnen Akkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA-MSZ) hebben gecommitteerd en daarmee de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen om de bevindingen van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) via standaarden en richtlijnen te implementeren in de beroepspraktijk van artsen en verpleegkundigen. De grote vraag is hoe het kan dat een systeem dat zo fundamenteel gemankeerd is toch door zoveel partijen is onderschreven. Wat nu moet gebeuren is dat artsen en verpleegkundigen opstaan en de hun toekomstige plekken opeisen aan de tafels waar beslissingen worden genomen over de inhoudelijke zorg. Want daar hebben zij verstand van. De eis die zij op die tafels zouden kunnen leggen is dat de domeinen van reeds bestaande kennis en begrip precies dezelfde status krijgen als de informatie uit epidemiologische data. De consequentie daarvan is wel dat alle 'standaarden' en 'richtlijnen' van de afgelopen twintig jaar opnieuw onder de loep moeten worden genomen en worden (her)beoordeeld of ze de toets van de epistemologie wel kunnen doorstaan...

### Er is echter nog een andere horde die moet worden genomen

Dagelijks wordt nieuwe fundamentele en belangrijke informatie uit de biomedische wetenschappen toegevoegd aan PubMed. Alleen door alle vormen van onderzoek en ook alle vormen van 'evidence' - óók kwalitatieve informatie, zoals patiëntgerapporteerde waardering van uitkomsten (PROMs) - te overwegen, kunnen goede aanbevelingen voor de praktijk worden geformuleerd (19). Dit zal bij de MARCT-EBM mensen zonder twijfel op grote bezwaren

*Wat nu moet gebeuren is dat artsen en verpleegkundigen opstaan en de hun toekomstige plekken opeisen aan de tafels waar beslissingen worden genomen over de inhoudelijke zorg. Want daar hebben zij verstand van.*

stuiten. Evidencebased is namelijk niet de enige diersoort die in dit verband wordt besproken. In kringen van de MARCT-EBM worden artsen en verpleegkundigen namelijk aangehaald als 'Autonome Ambachts Personen'. Het dedain waarmee deze pseudowetenschappers de medische professional benaderen blijkt wel uit het acroniem dat deze omschrijving oplevert. Of zou het toevallig zijn dat de medisch professional als AAP wordt aangesproken? Wat was er eerder, denk jij, evidencebased? Het acroniem of de omschrijving? En deze dan: voorspelde de naam van de multicenter gerandomiseerde gecontroleerde klinische studie DAMOCLES "Does Applying More Oxygen Cure Lower Extremity Sores" (20) al niet op voorhand dat het wel heel slecht zou aflopen met de te onderzoeken interventie? Ik denk van wel, evidencebased. En ik denk ook dat de Zombie-wetenschappers enorm hebben moeten lachen om hun - en dat moet ik hen nageven - geweldig gevonden acroniemen. Dat hebben die 'apen' toch niet door, zullen zij hebben gedacht.

## Literatuur

1. Worrall J. **Evidence: philosophy of science meets medicine.** Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2010;16:356-62.
2. Charlton B. **The zombie science of evidence-based medicine: A personal retrospective. A commentary on Djulbegovic, B, Guyatt, GH & Ashcroft, RE (2009).** Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2009;15:930-4.
3. Ioannidis JPA. **Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett.** Journal of Clinical Epidemiology, 2016;73:82-6.
4. Cutting KF, White RJ, Legerstee R. **Evidence and practical wound care - An all-inclusive approach.** Wound Medicine, 2017;16:40-5.
5. Legerstee R. **De spanning tussen bewijsvoering en de praktijk in de zorg loopt op; een halve maan is niet de hele wereld.** WCS Nieuws, 2019;35:40-4.
6. Vandenbroucke JP. **On the new clinical fashion in epidemiology.** Epidemiology and Infection, 1989;102:191-8.
7. Charlton BG. **Restoring the balance: evidence-based medicine put in its place.** Journal of Evaluation in Clinical Practice, 1997;3:87-98.
8. Tonelli MR. **Evidence-free medicine: forgoing evidence in clinical decision making.** Perspectives of Biology in Medicine, 2009;52:319-31.
9. Bolt T. **A Doctor's Order. The Dutch Case of Evidence-Based Medicine (1970-2015). PhD Thesis, 2015.** Garant-Uitgevers nv & Timotheüs Christiaan Bolt. Antwerpen - Apeldoorn.
10. Ackoff R. **Hierarchy in human mind.** <https://youtu.be/MzS5V5-oVsA?t=1>, 2010.
11. Zuiderent-Jerak T, Forland F, Macbeth F. **Guidelines should reflect all knowledge, not just clinical trials.** British Medical Journal, 2012;345: e6702.
12. Wieringa S, Dreesens D, Forland F, et al. **Different knowledge, different styles of reasoning: a challenge for guideline development.** BMJ Evidence-based Medicine, 2018;23: 87-91.
13. Ioannidis JPA. **All science should inform policy and regulation.** PloS Med, 2018;15: e1002576.
14. Sturmberg JP. **Evidencebased medicine - Not a panacea for the problems of a complex adaptive world.** Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2019;706-1
15. Zorginstituut Nederland. **Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.** 2018. Diemen.
16. Repping S. **Rapportage kwartiermakersfase Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.** 2019. Diemen.
17. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. **Kwaliteitstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland - verenig de expertise ten behoeve van de patiënt.** 2018. Utrecht.
18. Legerstee R. **Institutionele vooringenomenheid?** [https://www.linkedin.com/posts/ronlegerstee\\_evidencebasedmedicine-ethics-truth-activity-6615953468744175616-d-Ys](https://www.linkedin.com/posts/ronlegerstee_evidencebasedmedicine-ethics-truth-activity-6615953468744175616-d-Ys). Linked In 26 december 2019. Accessed 26 februari 2020.
19. Cutting K, White R. **The future of evidence for wound management products: should the gates be widened?** Wounds UK, 2019;15:12-8.
20. Stoekenbroek RM, Santema TB, Koelmay MJ, et al. **Is additional hyperbaric oxygen therapy cost-effective for treating ischemic diabetic ulcers? Study protocol for the Dutch DAMOCLES multicenter randomized clinical trial.** Journal of Diabetes, 2015;7:125-32.

\* *Drs. Ron Legerstee, wetenschappelijk gastdocent Erasmus MC Academie, Rotterdam*  
*ron.legerstee@pearreview.eu*