

‘In dubio abstine’

Geachte collegae,

Voor de helft van onze medische behandelingen mist een getalsmatige onderbouwing over effectiviteit en doelmatigheid<sup>1</sup>. Enige voorbeelden. Het is de vraag of bij alle patiënten de lokale behandeling van een tumor moet worden gevolgd door uitgebreide chirurgische behandeling, radiotherapie of chemotherapie. Zouden wij niet veel vaker dan nu moeten afzien van elke vorm van diagnostiek en behandeling gericht op genezing omdat deze niet in verhouding staat met de resterende levensverwachting? Het is ook de vraag wat chronische dialyse toevoegt aan de kwaliteit en lengte van het leven op hoge leeftijd. Vaak weten wij niet of de te verwachten opbrengst opweegt tegen de onbedoelde bijwerkingen. Het is de vraag of elk vernauwd of verwijd bloedvat moet worden geattaqueerd met invasieve technieken.

Als wij in de spreekkamer of aan het ziekbed de mogelijke opbrengsten en risico's van ons medisch handelen wegen, leunen we sterk op onze klinische intuïtie – de geneeskunst – maar de getalsmatige onderbouwing ontbreekt. Vaak doen we te veel, soms aantoonbaar te weinig. Ook hebben we beperkt zicht op de meerwaarde van onze huidige preventieve maatregelen en diagnostische strategieën. Daarom is het de vraag of al het bloed- en beeldvormend onderzoek dat wij dagelijks verrichten bijdraagt aan de diagnose en een meer rationele behandeling. Belangrijker is of de oorspronkelijke vraag is opgelost. Wat doen we met de toevalsbevindingen? Gaan we door, en wijken we af van het probleem waar de patiënt oorspronkelijk mee gekomen was? Op pad naar een onzeker doel dat niet eerder was geagendeerd? Voor dergelijke diagnostische strategieën is altijd wel een logische redenering, maar is er ook bewijs voor de effectiviteit daarvan, voor de doelmatigheid?

Medisch handelen op basis van een getalsmatige onderbouwing heeft in Nederland een grote vlucht genomen. De eenvoud van de redentatie heeft een overweldigende overtuigingskracht. Evidence-based medicine is inmiddels dogma binnen de geneeskundige opleidingen, gevoed door de sterke klinisch epidemiologische traditie in ons land. Maar er zijn vandaag de dag nog grote verschillen en hiaten. Zo zijn de standaarden van het Nederlands Huisarts Genootschap in de regel getalsmatig onderbouwd. Daartegenover hebben veel van de richtlijnen die door de andere wetenschappelijke verenigingen worden opgesteld hun basis in consensus en *expert opinion*. Vaak mist daar de getalsmatige onderbouwing. Wat is de opbrengst van het medisch handelen, en welke nevenwerkingen treden daarbij op? Wat is de meerwaarde voor de patiënt in verhouding tot de kosten?

Veel van de *systematic reviews* eindigen met de conclusie dat gerandomiseerde experimenten ontbreken, het bestaande materiaal niet (meer) voldoet aan de wetenschappelijke standaard, of dat de uitkomsten niet toepasbaar zijn op patiënten die wij dagelijks tegenkomen. Die zijn vaak op hoge leeftijd en hebben meerdere tegelijkertijd voorkomende ziekten. Het zijn deze patiënten uit de dagelijkse praktijk die in de regel bij medisch onderzoek worden uitgesloten. De gewoonte om de bewijsvoering die is verkregen bij jonge patiënten met een enkelvoudige pathologie rücksichtslos door te vertalen naar patiënten op hoge leeftijd en met comorbiditeit is onterecht, aantoonbaar onwerkzaam en naar alle waarschijnlijkheid niet effectief of doelmatig. Dit onluisterende inzicht betekent dat wij in de dagelijkse praktijk bij veel van onze patiënten van de huidige richtlijnen zullen móeten afwijken.

---

<sup>1</sup><http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/about/knowledge.jsp>

Er is een dringende behoefte aan meer onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van ons medisch handelen. Zo wordt binnenkort de meerwaarde van TNF-blokkade onder de loep genomen. Deze geneesmiddelen zijn bewezen effectief voor kortdurende behandeling bij geselecteerde patiënten met enkelvoudige pathologiën van gewrichten, darm en huid. De meerwaarde van de kortdurende behandeling heeft geleid tot een langdurige toediening van de middelen, en een toepassing bij minder typische patiënten. Maar de balans tussen werking en bijwerking bij langdurige toediening, en patiënten met bijkomende ziekte is niet bekend en reden voor de universitair medische centra om dit te gaan onderzoeken. Dat vereist een randomised clinical trial. Controlepatiënten worden niet aan hun lot overgelaten. Integendeel, ook zij krijgen dezelfde optimale aandacht en zorg: nu nog weet niemand wat meer goed doet dan kwaad.

Een getalsmatige onderbouwing van ons medisch handelen door trials heeft belangrijke voordelen voor patiënten en artsen. Patiënten zullen zeker weten dat de diagnostiek en behandeling die zij ondergaan meerwaarde heeft. Het spreekwoord ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ geldt niet voor de zorg, want elke medische ingreep of diagnostiek – zelfs een advies – brengt risico’s met zich mee. Het is zeer aannemelijk dat wij nu medische handelingen verrichten die kosten genereren maar niet of weinig effectief zijn. Deze financiële middelen moeten dus elders worden ingezet, om daar op effectieve en doelmatige wijze schraalte in de zorg te lenigen.

Momenteel wordt de innovatie in de zorg gestuurd door een nieuw systeem van declaratie, krimpende budgetten en marktwerking. Te veel zijn wij voor verbeteringen van de zorg afhankelijk geworden van winstmaximalisatie door private partijen en een enkele eigenzinnige wetenschapper. We zijn al heel ver gekomen, maar het is tijd voor nieuw elan. In toenemende mate raken arts en patiënt de regie over de zorg kwijt. Het is de hoogste tijd dat wij systematisch nagaan welk deel van ons medisch handelen niet of onvoldoende getalsmatig is onderbouwd. Op weg naar een voortdurend zichzelf ondervragende geneeskunde. Het gaat hier immers niet alleen over de meerwaarde voor individuele patiënten, maar ook over de inzet van publieke middelen met een omvang van 20 miljard euro.

Rudi Westendorp, hoogleraar interne geneeskunde LUMC, directeur Leyden Academy on Vitality and Ageing

Frans Helmerhorst, hoogleraar reproductieve geneeskunde LUMC