

Evidence-based medicine

P.N. VAN HARTEN

Beslissingen over behandelingen in de psychiatrie worden steeds vaker gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Evidence-based medicine (EBM) is een methode die een brug probeert te slaan tussen wetenschappelijke resultaten en de klinische praktijk.

De kennis over psychiatrische ziektebeelden maakt een explosieve groei door; vooral door de enorme toename van wetenschappelijk onderzoek, maar ook door de ontwikkeling van protocollen. Daarnaast zoeken patiënten en hun familieleden vaak met behulp van het internet naar de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek en behandeling en verwachten zij dat de arts deze ook kent. Integreren van deze nieuwe kennis in het dagelijkse klinische werk, door alles te willen lezen, is een onmogelijke opgave.

EBM is een aantrekkelijke strategie om individuele klinische ervaring te integreren met wetenschappelijke evidentie. De methode start met een klinisch probleem en lost dit op een systematische en logische wijze op. Dat gaat in vijf stappen: (1) vertalen van klinische problemen in een beantwoordbare vraag; (2) zoeken naar evidence ('best available evidence') in de medische literatuur; (3) beoordelen van de gevonden literatuur op methodologische kwaliteit en toepasbaarheid; (4) toepassen van gevonden evidence op het klinische probleem; (5) evalueren van het resultaat van de gedane interventie.

Misschien denkt u deze strategie niet nodig te hebben. U weet vrijwel altijd de behandeling wel en anders zijn er nog uw eigen handboeken. Bovendien leest u regelmatig het *Tijdschrift voor Psychiatrie* of een ander goed tijdschrift. Helaas: uw kennismanagement is inefficiënt. De handboeken liggen 5 jaar achter (of nog meer met een oude druk). Daarnaast geven handboeken op vele vragen geen antwoord. Ik geef een paar voorbeelden. (1) Uw patiënte ontwikkelt heftige galactorroe tijdens gebruik van pimozide (4 mg per dag). Wat doet u en hoe onderbouwd is dat?; (2) Bij boulimie is cognitieve therapie effectief, maar dat heeft u niet beschikbaar; dus geeft u een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI). Is dat net zo effectief?; (3) U wilt een verpleeghuispatiënte met diabetes mellitus antipsychotica geven voor haar driftbuien. U vertelt de familie dat de kans op tardieve dyskinesie 5% per jaar is, maar klopt dat wel?

Mogelijk raakt u al wat onrustig? Of toch niet, en redeneert u dat bovenstaande situaties in uw praktijk niet voorkomen. Dan vergist u zich: ze zijn rechtstreeks afkomstig van de arts-assistenten in opleiding tot psychiater die vanuit hun praktijk een EBM-casus hadden voorbereid.

Maar, er is misschien meer nodig om u onrustig te krijgen. Ik ga nog even door. (1) U schrijft als eindverantwoordelijke een

beleidsplan voor de afdeling voor psychotische stoornissen, uiteraard budgetneutraal. U wilt de atypische antipsychotica als eerste keus invoeren, evenals de 'Lieberman-modules'. De kosten verkrijgt u door te bezuinigen op de kosten van de gezinstherapeut, die toch al van plan was te vertrekken. U bent tevreden, en met u het overgrote deel van het team. Maar een lastige collega verstoort uw tevredenheid met de vraag: Is er nu minder kans op terugval en meer kans op effectiviteit?; (2) Zou voor de patiënt die met olanzapine of clozapine zo toegenomen is in gewicht, een medicament of een effectieve psychologische interventie beschikbaar zijn?; (3) Een patiënte die na jarenlange behandeling met klassieke antipsychotica en nieuwe antipsychotica persisterend psychotisch blijft, geeft u clozapine. Ze blijkt geweldig goed op clozapine te reageren, maar na acht weken krijgt ze een ernstige neutropenie. Na het stoppen met de clozapine verslechtert ze enorm. Wat nu: opnieuw clozapine of is dat niet eens een overweging?

Hoe staat het nu met de onrust? Mogelijk is die begonnen, maar beweert u geen tijd te hebben voor deze manier van werken. Mijn ervaring is dat 'geen tijd' een argument is waar veel achter schuil kan gaan. Nogal eens is dat angst voor het nieuwe, of angst voor gevoelens van onzekerheid, soms ook onkunde, of, nog erger, desinteresse en onverschilligheid voor de patiënt. Maar laat ik aannemen dat u werkelijk geen tijd heeft. En u wilt toch goede zorg leveren. Dan is een cursus in zoektechnieken op het internet en in Medline een goede investering. Voor de co-assistenten van deze tijd is het internet al een vanzelfsprekende informatiebron geworden. Als u er enigszins handig in bent, is de benodigde informatie redelijk snel gevonden, en het is nog leuk ook. Ook kunt u naar www.psychiatrienet.nl gaan. Dit is een website waarop de links geselecteerd zijn door meer dan vijftig personen, voornamelijk psychiaters en psychologen. Wijbrand Hoek en ik vormen de hoofdredactie hiervan. Om snel op de hoogte te raken van een onderwerp is deze website een handig begin. Er is zelfs een rubriek die gewijd is aan evidence-based medicine.

Als u na het lezen van bovenstaande nog geen enkele behoefte voelt om regelmatig volgens EBM-strategieën een probleem te benaderen, dan adviseer ik u om verder te werken zoals Voltaire al beschreef bij medici: 'Doctoren gieten geneesmiddelen waarvan zij weinig afweten, om ziekten te genezen waarvan zij nog minder afweten, in mensen van wie zij helemaal niets afweten'.