

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/58744>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-14 and may be subject to change.

Casusbeschrijvingen: ook evidentie?

Hanneke Kalf

Wat is de therapeutische waarde van logopedische interventies? Wie de vakliteratuur volgt weet dat het meest betrouwbare antwoord op dergelijke vragen komt van gecontroleerde wetenschappelijke experimenten. Maar leveren casusbeschrijvingen, waarmee dit themanummer is gevuld, ook evidentie?

Het hoogste niveau van effectonderzoek is de gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie of RCT. Samengevat gaat dat als volgt. Het waargenomen behandel-effect bestaat uit vier onderdelen, te weten het specifieke behandel-effect + het natuurlijk beloop + de niet-specifieke effecten + meet- en waarnemingsfouten (Bouter & Van Dongen, 2000). Om het specifieke effect aan te tonen moeten er twee behandelgroepen zijn, waarvan slechts één de specifieke of experimentele behandeling krijgt en de andere niet. Tegelijk moeten de andere onderdelen voor beide behandelgroepen juist hetzelfde zijn:

- om de invloed van het natuurlijk beloop vergelijkbaar te maken moet de verdeling van de patiënten over beide groepen gerandomiseerd zijn (bepaald door het toeval);
- om de niet-specifieke effecten gelijk te laten zijn moet de controlegroep een controlebehandeling krijgen, zodat de mate van aandacht, voorlichting en dergelijke gelijk zijn;
- om de meet- en waarnemingsfouten te minimaliseren mogen de effectbeoordelaars niet weten wie de experimentele en wie de controlebehandeling heeft gehad; ook dat aspect betreft beide behandelgroepen.

Bovendien moet de grootte van de onderzoeksgroepen groot genoeg zijn om ook een bescheiden effect aan te kunnen tonen.

Van de praktiserend logopedist kan niet worden verwacht dat die zonder adequate kennis en faciliteiten RCT's of andere wetenschappelijke studies uitvoert. Het interpreteren en toepassen van de resultaten van dergelijke studies daarentegen wordt 'evidence-based handelen' genoemd en is tegenwoordig een aanvaarde competentie van HBO-opgeleide logopedisten (Kalf & de Beer, 2004). Dit artikel is bedoeld als een introductie op een bijzonder soort publicatie, namelijk de casusbeschrijving, en het poogt een antwoord te geven op de vraag wat casusbeschrijvingen bijdragen aan evidence-based handelen.

Wetenschappelijke casusbeschrijvingen

Casusbeschrijvingen kennen een wetenschappelijke en een niet-wetenschappelijke variant. De wetenschappelijke manier van casus beschrijven kan op een overwegend kwantitatieve of kwalitatieve manier gebeuren.

De kwantitatieve of experimentele methode wordt N = 1 studie genoemd, dat wil zeggen een gecontroleerde effectstudie met slechts één patiënt. In het kader van evidence-based handelen, waarbij de behandelaar de beste aanpak voor zijn patiënt probeert te vinden, is dit goed beschouwd het hoogste bewijsniveau. Want als je experimenteel kunt aantonen dat patiënt X wel vooruit gaat met behandeling A en niet met behandeling B, dan is voor die patiënt bewezen dat het behandelresultaat het directe gevolg is van behandeling A.

De werkwijze bij een N = 1 studie is in het kort als volgt. Uitgangspunt is dat een patiënt een langdurende of chronische aandoening heeft, waarbij onzekerheid is over de beste behandeling. De patiënt krijgt gedurende een bepaalde periode behandeling A, daarna behandeling B, desgewenst opnieuw A en daarna weer behandeling B. Om het behandel-effect op valide wijze te kunnen aantonen of verwerpen moet aan een aan-

tal voorwaarden worden voldaan. Voor $N = 1$ geneesmiddelenstudies geldt onder andere het volgende (Guyatt & Rennie, 2002):

- het toeval moet bepalen of behandeling A de experimentele of de controlebehandeling is (randomisatie);
- het te onderzoeken effect van de experimentele behandeling moet vrij snel en duidelijk merkbaar zijn en bovendien weer snel uitdoven na het stoppen van de behandeling (wash-out periode): een medicijn, bijvoorbeeld een pijnstiller, dat blijvende structurele verlichting van de klachten geeft, is prettig voor de patiënt, maar niet geschikt voor een experiment.

$N = 1$ studies die het effect van behandeling op functies en gedrag bestuderen zijn onder andere te vinden in de afasiologie (Coltheart, 1989; Willmes, 1995). Om een specifieke oorzaak-gevolg relatie aan te tonen moeten er twee gedissocieerde stoornissen zijn, die ieder een eigen behandeling vragen: voor taak 1 (bijvoorbeeld 'hardop lezen') is behandeling A en taak 2 (bijvoorbeeld 'leesinhoudelijk begrip op tekstniveau') behandeling B. Dan geldt verder dat:

- tijdens behandelperiode A krijgt de afasiepatiënt behandeling A voor taak 1, tijdens behandelperiode B volgt behandeling B voor taak 2;
- het consequent afnemen van tests voor en na elke behandelperiode moet aantonen of taak 1 inderdaad alleen verbeterd is na behandelperiode A en stabiel blijft in behandelperiode B en andersom of taak 2 inderdaad stabiel bleef gedurende behandelperiode A en pas verbeterde gedurende behandelperiode B.

Willmes (1995) bespreekt verschillende varianten van single case designs, die in de afasiologie populair geworden zijn.

De kwalitatieve casestudies leveren vooral inzicht in de aard, ernst en het beloop van stoornissen. Om bij de taalkunde te blijven: ontelbare systematische casestudies van afasiepatiënten en kinderen met taalontwikkelingsstoornissen door ondermeer psycholinguïsten, neurolinguïsten en orthopedagogen, hebben ons inzicht gegeven in de complexiteit van ons taalstelsel en de stoornissen daarvan.

Niet-wetenschappelijke casusbeschrijvingen

In de geneeskunde wordt de niet-wetenschappelijke casusbeschrijving gebruikt om opmerkelijke en zeldzame bevindingen met collega's te delen. Ze hebben dus vooral didactische waarde, maar worden spaarzaam in wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd (Overbeke e.a., 1999), hoewel 'Casuïstische mededelingen' in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een vaste rubriek is.

Een belangrijk nadeel van elke casusbeschrijving is namelijk de geringe generaliseerbaarheid. Wat gebeurde bij patiënt X, is nog geen bewijs dat het zal gebeuren bij patiënt Y en alle volgende patiënten. Als een logopedist in dit tijdschrift een casus zou presenteren van een comapatiënt die na drie maanden behandeling met 'multidisciplinair prikkelprogramma A'

opeens wakker wordt en begint te praten, snapt elke lezer dat dat een inspirerende bevinding is, maar dat het niets zegt over andere comapatiënten of over het nut van 'multidisciplinair prikkelprogramma A' in het algemeen. Wanneer een discutabele stottertherapie in een casus wordt gedemonstreerd met een positief resultaat kan dat leerzaam zijn, maar iedereen zal kritisch roepen dat het maar een enkele casus is en dat 'dat uiteraard niets bewijst'!

Leerzamer zijn wellicht casusbeschrijvingen waarin gedurende de behandeling de aanpak werd aangepast. Elke logopedist is mede door trial and error en schade en schande wijs geworden, maar die ervaring delen vraagt soms moed. Bijvoorbeeld: "Achteraf gezien had ik dat kind veel eerder opnieuw moeten onderzoeken, want ik zat met mijn behandeling lange tijd op het verkeerde spoor." Een goede analyse van dat proces zou interessant zijn om te lezen, zowel inhoudelijk als methodisch. In instellingen worden behandelrichtlijnen onder andere aangepast naar aanleiding van nieuw inzicht, maar ook fouten die met patiënten worden gemaakt. Een logopedisch voorbeeld daarvan is een patiënt die volgens het oordeel van de logopedist veilig kan slikken en onder begeleiding iets mag eten, maar toch aan het eind van de dag respiratoir insufficiënt wordt en bijna op intensive care belandt. Moeten alle patiënten voortaan eerst instrumenteel slikonderzoek (slikvideo, FEES) ondergaan in plaats van alleen logopedisch onderzoek? Nee, want dit geval zal een incident geweest zijn en zo'n beslissing moet genomen worden op basis van deugdelijke evidentie. Maar uit de analyse achteraf zal duidelijk worden wat er (multidisciplinair) mis is gegaan en publicatie daarvan is zeker leerzaam.

Hoewel niet goed generaliseerbaar kunnen opmerkelijke observaties niettemin aanleiding zijn om systematisch te gaan

BEHANDELAARS KUNNEN DOOR MIDDEL VAN CASUSBESCHRIJVINGEN LEREN VAN ELKAARS OBSERVATIES, ERVARINGEN EN FOUTEN

zoeken naar vergelijkbare gevallen. Op die manier kunnen nieuwe hypothesen worden gegenereerd, die leiden tot systematische studies om de effecten van diagnostische observaties en therapeutische behandelingen aan te tonen.

Conclusie

Strikt genomen leveren (niet-wetenschappelijke) casusbeschrijvingen geen evidentie. Omdat ze nauwelijks bewijskracht hebben, horen ze in evidence-based richtlijnen bij bewijsni-

veau C (Kalf & de Beer, 2004). Maar ze hebben wel twee andere functies, namelijk:

1. Ze hebben collegiale en didactische waarde, dat wil zeggen dat behandelaars door middel van casusbeschrijvingen kunnen leren van elkaars observaties, ervaringen en fouten.
2. Ze kunnen aanleiding zijn tot hypothesevorming en verder systematisch onderzoek.

Voorwaarde daarbij is dat de casusbeschrijving zó specifiek en compleet is, dat de lezer kan nagaan in hoeverre de beschreven casus vergelijkbaar is met zijn eigen cliënten. Casusbeschrijvingen zouden dus leerzaam, amusant of inspirerend moeten zijn, dan wel een eye-opener, heilige-huisjes-omver-schopper of aanleiding tot discussie. Dit tijdschrift biedt daar bij uitstek het logopedische podium voor.

Samenvatting

Casusbeschrijvingen betreffen opmerkelijke bevindingen, maar hebben geringe bewijskracht vanwege de beperkte generaliseerbaarheid. Ze zijn daarentegen van belang voor hypothesevorming en hebben een collegiale en didactische betekenis, in het bijzonder in dit tijdschrift.

Summary

Case-studies usually describe rare cases, lack the option to generalize and are therefore considered to provide little evidence. But they are sufficient for hypothesis generation and didactic purposes, especially in this journal.


Keywords

Case report, evidence, N = 1 design

Auteur

Hanneke Kalf werkt als logopedist in het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen en studeert klinische epidemiologie & biostatistiek in Amsterdam.

Correspondentie

UMC St Radboud, Postbus 9101, huispost 304, 6500 HB Nijmegen. E-mail: h.kalf@neuro.umcn.nl. 

Literatuur

- Bouter, L.M., M.C.J.M. van Dongen (2000). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Coltheart, M. (1989). Aphasia therapy research: a single-case study approach. In: Code, C & D. Müller (red). *Aphasia therapy*. London: Whurr Publishers.
- Guyatt, G., D. Rennie (2002). *User's guides to the medical literature*. Chicago: American Medical Association.
- Kalf, H., J. de Beer (2004). *Evidence-based logopedie. Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evindentie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Overbeke, A.J.P.M., J. van Gijn, W. Hart, H.C. Walvoort (1999). *Publiceren in biomedische tijdschriften*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Willmes, K. (1995). Aphasia Therapy Research: some psychometric considerations and statistical methods of the single-case study. In: Code, C & D. Müller (red). *The treatment of aphasia: from theory to practice*. London: Whurr Publishers.