

EBM leren toepassen door observatie, werkt dat?

Lisanne Welink, Kaatje Van Roy, Roger Damoiseaux, Hilde Suijker, Peter Pype, Esther de Groot, et al.

Het is onjuist om te denken dat aios EBM leren toepassen door simpelweg hun opleider te observeren. Vaak zijn diens overwegingen bij beslissingen niet dezelfde als die de aios denkt te herkennen, én andersom. Wanneer aios en opleider EBM-gedrag van elkaar willen leren door elkaars consulten te observeren, moeten ze explicietere EBM-gesprekken gaan voeren en moeten ze beter leren observeren zonder oordeel of advies.

De definitie van evidence-based medicine (EBM) luidt: het combineren van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, de wensen van de patiënt en de klinische expertise van de arts. Dat is belangrijk, maar ingewikkeld.^{1,2} Het EBM-onderwijs aan aiossen volgt momenteel 5 stappen: een vraag formuleren, informatie zoeken, deze kritisch beoordelen, toepassen en evalueren.³ Onduidelijk is echter hoe ze die laatste 2 stappen, die vooral plaatsvinden in de praktijk, aanleren. Diverse typen onderwijs zijn onderzocht, maar deze brachten weinig meetbare verandering teweeg in het EBM-gedrag van de aiossen, dat wil zeggen in de wijze waarop ze evidence, patiëntvoorkeuren en klinische ervaring integreerden [figuur].⁴ Opleiders en aiossen kunnen op de werkvloer EBM van elkaar leren. Opleiders hebben vaak meer expertise en kennis van de patiënt, terwijl aiossen vaak meer up-to-date zijn met de laatste evidence. Rechtstreekse observatie is een krachtige manier van leren, omdat het leidt tot socialisatie en tot onbewuste kennisverwerving, waarbij de lerende concludeert 'dat het in de praktijk blijkbaar zo gaat'.⁵ EBM-gedrag is via observatie echter lastig aan te leren omdat het vaak grotendeels is gebaseerd op impliciete overwegingen.⁶ Als een aios de overwegingen achter een bepaalde beslissing niet herkent, kan dat leiden tot foutieve conclusies en tot verkeerd aangeleerd EBM-gedrag.^{5,7} Wij onderzochten de mate waarin opleiders en aiossen elkaars EBM-gedrag herkennen bij observatie en

welke factoren deze herkenning beïnvloeden, en vatten deze samen in een beschrijvend model.⁸

METHODE

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd in Nederland en Vlaanderen met 22 duo's van een opleider en een aios. De huisartsopleidingen zijn vergelijkbaar, met 2 jaar opleiding in de huisartsenpraktijk, terugkomdagen en scholing in EBM. We informeerden opleiders en aiossen over het onderzoek via informatiesessies op de opleidingen, via flyers en via een website. Gebruikmakend van *purposeful sampling* vormden we een groep deelnemers met maximale variatie [tabel].⁹

We vroegen elke deelnemer om 10 willekeurige consulten op te nemen op video. LW selecteerde vervolgens per deelnemer 2 fragmenten waarin besluitvorming zichtbaar was. Vervolgens hielden we met elke deelnemer een gestructureerd interview over deze fragmenten.¹⁰ De geïnterviewden zagen eerst hun eigen 2 fragmenten terug, met de vraag terug te halen welke overwegingen meespeelden bij de geobserveerde beslissing en specifiek wat de rol was van elk van de 3 EBM-cirkels. In het tweede deel van het interview toonden we de 2 fragmenten van hun aios of opleider en vroegen hen te beschrijven welke (EBM-) overwegingen van de ander zij herkenden. Onmiddellijk daarna interviewden we de andere deelnemer van het duo over dezelfde 4 fragmenten. Alle interviews en getoonde fragmenten werden verbatim getranscribeerd.

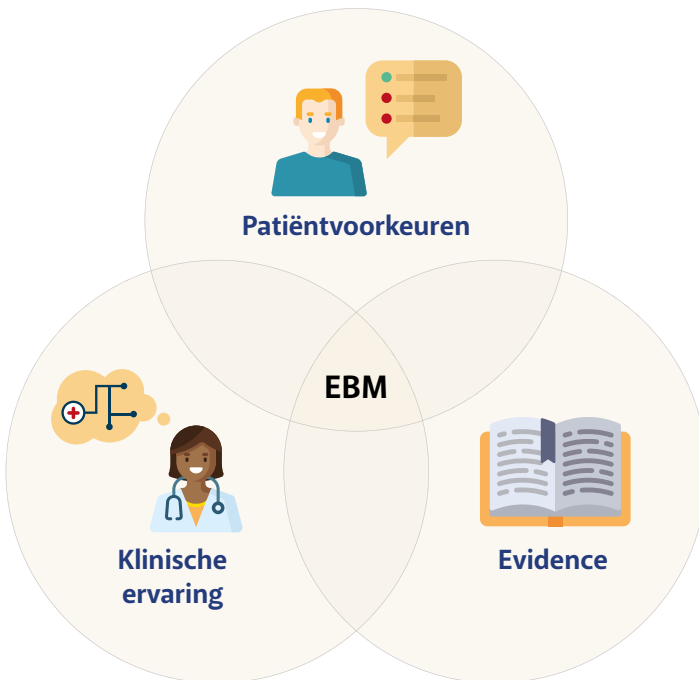
We analyseerden per videofragment de overwegingen van de actor (de handelende aios/opleider) en die van de observator (de observerende aios/opleider). In een gestructureerd schema vergeleken we de overwegingen van de actor met de elementen die de observator herkende en scoorden de mate waarin deze overeenkwamen op een vijfpunts likertschaal van helemaal (++) tot helemaal

Dit artikel is een vertaling van: Welink LS, Van Roy K, Damoiseaux RA, Suijker HA, Pype P, De Groot E, Bartelink ME. Applying evidence-based medicine in general practice: a video-stimulated interview study on workplace-based observation. BMC Fam Pract 2020;21:5. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Een vertaling verschijnt ook in Huisarts Nu, het tijdschrift van de Vlaamse huisartsenorganisatie Domus Medica.

Figuur

De drie cirkels van EBM



niet (– –). Ook noteerden we opvallende kenmerken van het duo, het consult, de actor of de observator. Per casus vulden we aldus 2 schema's in voor de aios als actor en observator, en 2 voor de opleider als actor en observator. Om reflexiviteit te waarborgen werd elke casus individueel gecodeerd en vervolgens uitgebreid besproken door wisselende teams van telkens minimaal 2 onderzoekers (LW, KVR, HS, EdG en MLB), tot consensus werd bereikt.

Om tot een beschrijvend model te komen van factoren die herkenning van elkaars overwegingen beïnvloeden selecteerden we duo's waarbij de overeenstemming compleet was en duo's die het EBM-gedrag van de ander juist vrijwel niet herkenden. Opvallende verschillen tussen deze beide uitersten werden in het model benoemd.

RESULTATEN

We hielden met 22 aios-opleiderduo's 44 interviews over in totaal 85 casussen (19 duo's met 4 casussen en 3 duo's met 3 casussen). In onze analyse, gebaseerd op consensus tussen minimaal twee onderzoekers, was er niet veel overeenstemming tussen het EBM-gedrag van de actor en de herkenning daarvan door de observator [infographic] laat zien welke factoren daarop van invloed zijn.

Duogerelateerde factoren

Aiossen en opleiders die een verschillende 'EBM-houding' hebben, herkennen elkaars EBM-gedrag minder goed, bijvoorbeeld als de aios graag werkt volgens de laatste wetenschappelijke inzichten en de opleider liever op haar of zijn klinische ervaring vaart. Wel hielp het als ze vaker aandacht besteedden aan EBM-beslissingen of als het thema dat in het consult aan de orde kwam eerder was besproken.

Tabel

Karakteristieken van deelnemers

	Nederland		Vlaanderen	
	opleiders	aiossen	opleiders	aiossen
n	9	9	13	13
Vrouw	3 *	6	8	11
Leeftijd [gemiddeld, spreiding]	56 [48-67]	30 [28-35]	47 [36-57]	26 [25-30]
Promotieonderzoek afgerond/lopend	1	2	1	0
Aios				
eerstejaars		5		8
laatstejaars		4		5
Huisarts-opleider				
jaren huisartservaring [gemiddeld, 26 [20-38] spreiding]			21 [12-33]	
jaren opleider [gemiddeld, 11 [2-20] spreiding]			10 [2-25]	
Duur samenwerking op het moment van interviews in maanden [gemiddeld, spreiding]	6 [4-9]		9 [3-18]	
Praktijktype				
solo	0		2	
duo	7		2	
gezondheidscentrum	2		9	
Locatie opleidingsinstituut				
Utrecht	9			
Antwerpen			3	
Gent			10	

* Cijfers zijn aantallen, tenzij anders aangegeven.

Observerende opleider: 'Dat denk ik dan ook weer, dat komt omdat wij dat al eerder [...] ja zo kindjes met koorts is iets wat je natuurlijk wel bespreekt ook met de haio. We hebben ook, en daar hebben we wel de richtlijn samen doorgenomen, [...] en ik denk dat ze het op basis daarvan doet' (duo 21, casus 'grotendeels overeenkomend').

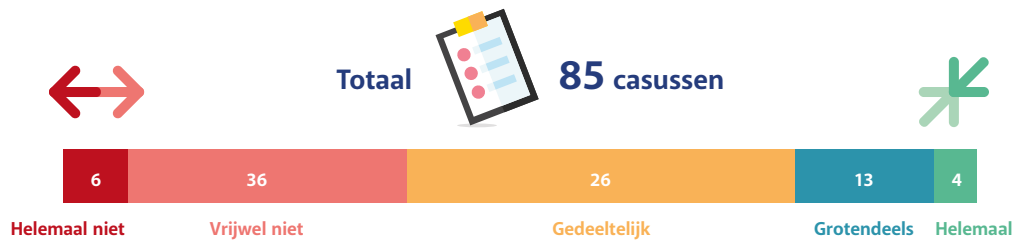
Consultgerelateerde factoren

De medische inhoud van een consult bleek slechts een marginale rol te spelen in de herkenning van EBM-gedrag bij de ander. Tijdens de interviews werd een zeer divers palet aan casuïstiek besproken en we vonden geen verband tussen specifieke medische onderwerpen en herkenning van EBM-gedrag. Factoren die herkenning bevorderden, waren dat het consult ging over een onderwerp waarvoor een duidelijke richtlijn bestaat of dat de patiënt de arts een expliciete vraag stelde.

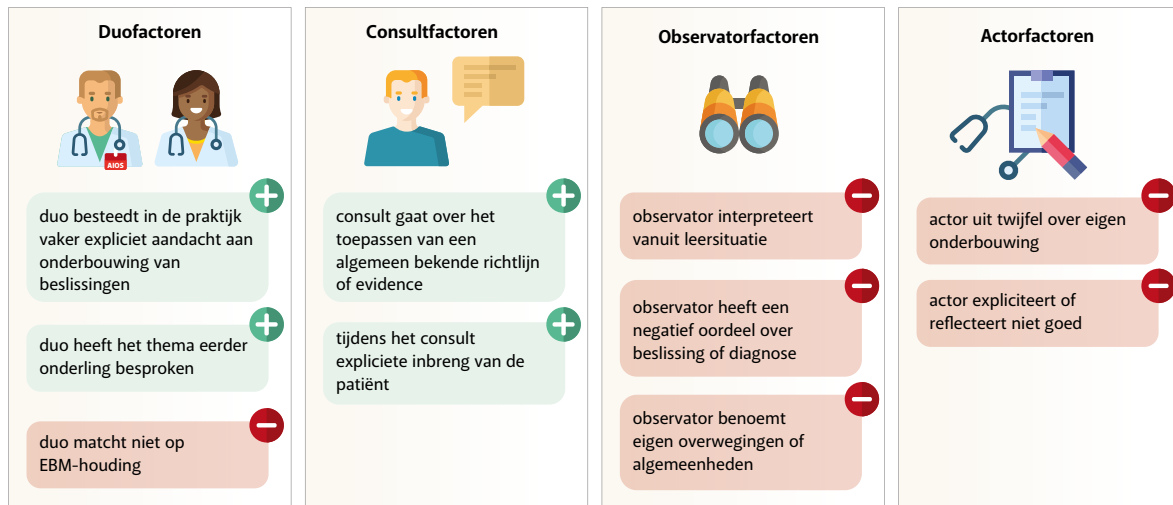
Observatorgerelateerde factoren

Observatorgerelateerde factoren hadden de meeste invloed op de herkenning van EBM-gedrag. Het bleek lastig om de overwegingen van de ander zonder oordeel te observeren.

Mate van overeenstemming EBM-gedrag



Positieve en negatieve invloeden op de mate van overeenkomst tussen overwegingen van de actor en herkenning van deze overwegingen door de observator



Infographic: Erik Wiegers

Observatoren hadden de neiging snel een negatief oordeel te vellen over het gedrag van de ander, ongevraagd hun eigen overwegingen te benoemen in plaats van die van de ander en EBM-gedrag te interpreteren vanuit de leersituatie. Opleiders interpreteren de besluitvorming van aiossen (ten onrechte) sneller vanuit een gebrek aan kennis of vaardigheden.

Observerende opleider: 'En ze zegt ook ik vind het iets te kort voor een injectie. Ik denk dat ze zich nog iets [...] dat ze nog niet zelfstandig, zonder mij erbij te betrekken, die injectie nu gaat zetten. Dat is nog net een beetje [...] ze kan het al wel maar het is nog net, ja onder supervisie. Dus ik denk dat dat ook een rol speelt.'

Aios: 'Ik dacht ja hij moet gewoon een week NSAID's, als dat niet goed werkt eventueel wat langer NSAID's, als dat niet goed werkt ondersteuning door de fysio en als dat niet goed werkt de injectie. Dat zijn een beetje de stappen in de standaard.' (koppel 2, casus 'niet overeenkomend').

Actorerelateerde factoren

Vaak waren deelnemers, terwijl ze hun eigen fragmenten terugkeken, niet in staat hun eigen EBM-gedrag expliciet te maken of erop te reflecteren. Soms twijfelden deelnemers zelfs over hun eigen overwegingen, als daar tijdens het interview naar werd gevraagd. Het is niet verrassend dat ook de observator in dat geval minder goed in staat was EBM-gedrag te herkennen.

BESCHOUWING

Ons onderzoek laat zien dat een arts die EBM-gedrag van een andere arts observeert, de overwegingen daarbij vaak niet herkent. En dat daarop meerdere factoren van invloed zijn.

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van dit onderzoek zijn dat het onderzoek in de praktijk heeft plaatsgevonden en dat de videogestimuleerde interviews inzicht boden in de concrete overwegingen van deelnemers. De uitkomsten zijn robuust doordat de thematische analyse werd uitgevoerd door verschillende onderzoekers op een grote hoeveelheid data, die ook saturatie lieten zien. Een eerste mogelijke beperking is dat de deelnemers misschien meer dan gemiddeld geïnteresseerd waren in het onderwerp EBM. Ook kunnen de deelnemers opnames uit consulten heb-

WAT IS BEKEND?

- Het leren combineren van evidence, klinische ervaring en patiëntvoorkeuren (de 3 EBM-cirkels) bij beslissingen in de huisartsenpraktijk is belangrijk, maar lastig.
- Aios en opleiders kunnen EBM informeel van elkaar leren op de werkplek door elkaars consulten te observeren.

WAT IS NIEUW?

- De EBM-overwegingen van een huisarts tijdens het consult zijn vaak niet goed te herkennen voor een huisarts die het consult observeert.
- Informeel observationeel leren op de werkvloer kan effectiever worden als aios en opleider meer de tijd nemen om expliciet te praten over de 3 EBM-cirkels.
- Zowel aiossen als opleiders zouden beter moeten leren observeren zonder oordeel of advies.

ben geselecteerd die 'beter' EBM-gedrag lieten zien. Daar staat tegenover dat we slechts 2 van de 10 geselecteerde fragmenten gebruikten en dat bij langduriger opnemen het effect van de camera minder wordt. Ook is het mogelijk dat aiossen in de feedback over hun opleider niet het achterste van hun tong lieten zien, hoewel we aangaven informatie niet te zullen delen.

Implicaties voor de praktijk

Eerder onderzoek naar observationeel leren suggereert dat overwegingen altijd expliciet moeten worden gemaakt om ervan te kunnen leren. Alleen dan kan de observator 'in het hoofd van de ander kijken'.⁵ Ons onderzoek nuanceert dit beeld: het helpt als tijdens het consult expliciet aandacht wordt besteed aan de overwegingen voor beslissingen. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren in het kader van gezamenlijke besluitvorming, maar dit is niet doorslaggevend voor een leerzame observatie. Een grotere rol lijkt weggelegd voor factoren waar actor en observator samen invloed op hebben. De EBM-overwegingen zijn vaak complex en doen een beroep op deels onbewuste kennis. Daarom is het belangrijk dat aios en opleider gezamenlijk die kennis vergaren. Bewuste aandacht voor EBM-gedrag tijdens gezamenlijke leeractiviteiten, zoals een leergesprek, is essentieel om elkaars EBM-gedrag te herkennen en dus te kunnen aanleren in de praktijk.

Uit ander onderzoek is gebleken dat artsen vaak gebruikmaken van *mindlines*, geïnternaliseerde, collectief bekrachtigde, onbewuste richtlijnen die tot stand komen door interactie met andere artsen, met patiënten en op bij- en nascholingen.¹¹ We zagen dit principe in ons onderzoek duidelijk terugkomen, veel artsen vonden het lastig achteraf hun overwegingen bij een bepaalde beslissing expliciet te maken. In zulke gevallen is het nog meer nodig om expliciete leermomenten in te lassen waarin aandacht besteed wordt aan alle 3 de EBM-cirkels. Dat helpt de arts die beslissingen neemt zich bewust te worden van de (onbewuste) overwegingen daarbij en het geeft de arts die observeert de gelegenheid ervan te leren. Voor opleiders

kan het nuttig zijn een duidelijk verschil aan te brengen tussen het observeren van aiossen om feedback en beoordelingen te geven, en het observeren om gezamenlijk te leren.

CONCLUSIE

Het is onjuist om te denken dat aiossen in de huisartsenpraktijk EBM-gedrag aanleren door simpelweg te observeren. Vaak zijn de EBM-overwegingen van de handelende arts niet dezelfde als die de observerende arts denkt te herkennen. Om informeel observationeel leren op de werkvloer effectiever te maken zou de focus moeten liggen op het verbeteren van observatievaardigheden en op meer ruimte bieden aan expliciete EBM-gesprekken tussen opleider en aios. ■

LITERATUUR

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
2. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
3. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ* 2005;5:1.
4. Kortekaas ME, Bartelink ME, Zuithoff NP, Van der Heijden GJ, De Wit NJ, Hoes AW. Does integrated training in evidencebased medicine (EBM) in the general practice (GP) specialty training improve EBM behaviour in daily clinical practice? A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016;6:71-2.
5. Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *Br J Educ Psychol* 2000;70:113-36.
6. Zwolsman SE, Van Dijk N, De Waard MW. Observations of evidence-based medicine in general practice. *Perspect Med Educ* 2013;2:196-208.
7. Manuti A, Pastore S, Scardigno AF, Giancaspro ML, Morciano D. Formal and informal learning in the workplace: A research review. *Int J Train Dev* 2015;19:1-17.
8. Welink LS, Van Roy K, Damoiseaux RA, Suijker HA, Pype P, De Groot E, Bartelink ME. Applying evidence-based medicine in general practice: a video-stimulated interview study on workplace-based observation. *BMC Fam Pract* 2020;21:5.
9. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Beverly Hills (CA): Sage, 1990.
10. Paskins Z, McHugh G, Hassell AB. Getting under the skin of the primary care consultation using video stimulated recall: a systematic review. *BMC Med Res Methodol* 2014;14:101.
11. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed 'mindlines'? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004;329:1013.

Welink LS, Van Roy K, Damoiseaux RA, Suijker HA, Pype P, De Groot E, Bartelink ME. EBM leren toepassen door observatie, werkt dat? *Huisarts Wet* 2020;63(11):27-30. DOI:10.1007/s12445-020-0907-z. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: L.S. Welink, aioto: l.s.welink@umcutrecht.nl; prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts en hoofd Huisartsopleiding; H.A. Suijker, destijds student geneeskunde, thans aioto; dr. E. de Groot, onderzoeker; dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog, Universiteit Gent, vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Gent; K. van Roy, onderzoeker; prof. dr. P. Pype, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.