

EBM-onderwijs en leren van elkaar in de huisartsenpraktijk

Marie-Louise Bartelink, Lianne Welink, Niels Beurskens, Petra van Peet, Roger Damoiseaux

Evidence-based medicine (EBM) werd geïntroduceerd als hulp bij een leven lang leren. Huisartsen hebben tegenwoordig allemaal een computer op zak en kunnen altijd en overal bij evidence. Toch blijkt integratie van deze evidence, de eigen klinische expertise en de patiëntvoorkeuren bij besluitvorming in de praktijk lastig te zijn. De huisartsopleiding kan meer aandacht besteden aan de manier waarop de 3 onderdelen van EBM expliciet aan de orde komen in de (opleidings)praktijk. En aan de wijze waarop aios en opleider van elkaar kunnen leren.

Evidence-based medicine (EBM) leer je op de werkplek. Een van de grondleggers van EBM, David Sackett, ging eind vorige eeuw als pionier achter een karretje met zijn zeer forse computer de zaal op om naast de patiënt de evidence op te zoeken en deze meteen toe te passen. Terwijl alle artsen vandaag de dag eenvoudig toegang tot een handzame computer hebben, is EBM nog steeds niet vanzelfsprekend. Onderwijs in EBM wordt vaak beperkt tot sessies met vragen, opzoeken en beoor-

delen van het bewijs. Dit zijn weliswaar essentiële stappen, maar ze zorgen er niet voor dat we EBM daadwerkelijk in de praktijk toepassen. Bij EBM gaat het om meer dan alleen de evidence. Dat laten we zien door naar de historie van EBM te kijken en u mee te nemen naar de praktijk van de huisartsopleiding en het werkplek leren.

HISTORIE

EBM werd in de jaren 90 van de vorige eeuw geïntroduceerd als een methode om dokters te leren beschikbare evidence in de dagelijkse praktijk te gebruiken.¹ Het ging er daarbij uitdrukkelijk om die evidence te integreren met de klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt. Het leerproces bestaat uit 5 stappen: 1) *ask*: het formuleren van een klinische vraag, 2) *acquire*: het zoeken naar een antwoord, 3) *appraise*: het beoordelen van de gevonden evidence, 4) *apply*: het toepassen in de eigen praktijk en 5) *assess*: het evalueren van dit leerproces. De oorspronkelijke insteek was de noodzaak dat artsen een leven lang leren en vaardigheden moeten



Evidence-based medicine leer je in de praktijk.

Foto: ANP

DE KERN

- Bij het toepassen van EBM gaat het om het integreren van de bestaande evidence, de eigen klinische expertise, en de wensen en voorkeuren van de patiënt in diens context.
- In het onderwijs ligt de nadruk op de eerste 3 stappen van 5 EBM-vaardigheden: vragen stellen, informatie zoeken en kritisch lezen. Docenten leggen te weinig nadruk op de laatste 2 stappen: toepassen en evalueren in de klinische praktijk.
- Aiossen, opleiders, docenten en huisartsen moeten veel explicieter discussie voeren over de rol van de evidence, de eigen expertise en de wens van de patiënt bij het nemen van beslissingen in de praktijk.

verwerven om nieuwe ontwikkelingen te kunnen bijbenen. Dat gebeurde in een tijd waarin steeds meer onderzoek werd gepubliceerd en de beschikbare informatie exponentieel toenam.

In diezelfde periode werd ook de Cochrane Collaboration opgericht. Die stelde zich tot taak de steeds ruimer beschikbare evidence over relevante klinische problemen samen te vatten in meta-analyses en zo dokters in de praktijk te ondersteunen bij het gebruik ervan. Ook werden in die tijd de eerste NHG-Standaarden ontwikkeld. Die zijn inmiddels uitgegroeid tot een mooi voorbeeld van de wisselwerking tussen vragen uit de praktijk en relevant klinisch huisartsgeneeskundig onderzoek.^{2,3}

In 2005 legden EBM-docenten in het Sicily Statement vast wat nodig was om de implementatie van EBM in het onderwijs te verbeteren. Het draaide om 3 punten: blijven verduidelijken dat het om evidence, ervaring én de patiënt gaat, het aanleren van de vaardigheden die daarvoor nodig zijn en het inrichten van het EBM-onderwijs.⁴ De aios moet leren het geleerde te blijven toepassen in de eigen praktijkvoering. EBM-vaardigheden zijn namelijk niet alleen relevant voor onderwijs en opleiding, maar vooral ook voor de dagelijkse praktijk.^{5,6}

RUIJ 25 JAAR VERDER

Het aanleren van EBM-kennis en -vaardigheden is inmiddels een vast onderdeel van het basiscurriculum en de opleidingen tot huisarts en specialist. De gewenste academisering en professionalisering van de huisartsgeneeskunde hebben hun beslag gekregen. Er zijn succesvolle onderzoeksafdelingen opgezet die de onderbouwing aandragen voor de aanbevelingen in de praktijkgerichte NHG-Standaarden. Ook worden steeds meer aios's opgeleid die onderzoek en huisartsopleiding combineren in een 6-jarig traject. Hiermee kunnen ze, ook in de toekomst, een brugfunctie vervullen tussen wetenschap en huisartsenpraktijk.⁷

Wel zijn er nog steeds barrières die de praktische toepassing van EBM in de weg staan. Gedurende een werkdag komen er

weliswaar vragen op, maar daar wordt niet altijd een antwoord op gezocht. Een deel van de huisartsen is hierin nooit opgeleid en beschikt niet over de benodigde kennis en vaardigheden (of denkt deze niet te hebben), of is digitaal minder vaardig. Soms is ook de benodigde evidence (nog) niet aanwezig. Verder spelen tijdgebrek en attitude jegens EBM een rol. Dat geldt ook voor opleidingspraktijken.⁸

Er is onderzocht welke competenties artsen zouden moeten verwerven om EBM toe te kunnen passen.^{9,10} Een *mixed methods*-onderzoek (een literatuuronderzoek en een Delphi-procedure) vond EBM-competenties die bruikbaar zijn voor de (opleidings)praktijk. Bij huisartsen gaat het ten eerste om mindfulness, een open houding ten opzichte van EBM (een besef van de vele factoren die het cognitieve proces bij EBM beïnvloeden) en de invloed daarvan op het nemen van beslissingen. Ten tweede gaat het om pragmatisme bij het zoeken van evidence en het evalueren daarvan. Ten derde is kennis van de patiënt van belang voor effectieve communicatie over die evidence. Die competenties moeten aiossen en opleiders van elkaar leren in de huisartsopleiding en opleidingspraktijk.

In medische curricula ligt de focus bij het onderwijs in EBM vaak op het vinden en beoordelen van de evidence.^{5,6} Dan gaat het vooral om wat er in onderzoeken niet klopt en niet op wat je uit de evidence zou kunnen meenemen naar de praktijk en waarom. De enige toets voor het beoordelen van EBM-kennis en -vaardigheden is het maken van een CAT, een *critical appraised topic*. Daarbij wordt een vraag uit de praktijk uitgebreid beantwoord. In de praktijk gaat het anders: er duiken elke dag weer nieuwe relevante vragen op, waarop je het liefst snel een bruikbaar antwoord wilt vinden. Dat antwoord blijken aiossen vooral te zoeken bij collega's (huisartsen en specialisten) en richtlijnen.¹¹ Tijdens de opleiding is er te weinig aandacht voor discussie over de vraag op welke manier evidence moet worden geïntegreerd in de eigen kennis en de informatie van de patiënt.

Voor de huisartsopleiding is een landelijke werkgroep van EBM-docenten uit alle opleidingen actief bezig om relevant en op de praktijk aansluitend EBM-onderwijsmateriaal te ontwikkelen en uit te wisselen. Goed zicht houden op wat er zich op de werkplek afspeelt blijft echter lastig.

ONDERZOEK

Inmiddels is er meer onderzoek gedaan naar EBM-onderwijs. We weten dat geïntegreerd onderwijs belangrijker is dan losstaande lessen epidemiologie en statistiek.^{5,6,12-14} De gebruikte definities van 'geïntegreerd onderwijs' lopen echter nogal uiteen, van onderwijs dat casuïstiek en getallen uit de praktijk gebruikt tot formeel of informeel onderwijs op de werkplek, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk.

Een clustergerandomiseerde trial binnen de huisartsopleiding vergeleek bij 6 groepen aiossen het reguliere onderwijs met een programma dat meer was geïntegreerd in de opleidingspraktijk. Dat programma bestond uit scholing van de opleiders, EBM-leergesprekken in de praktijk en EBM-momenten

op de terugkomdag.¹⁵ Eindpunten waren zoekgedrag (hoe vaak zochten aiossen een antwoord op een vraag die ze tijdens consulten hadden) en EBM-gedrag in de praktijk (handelen volgens de standaard of daarvan gemotiveerd afwijken). De onderzoekers vonden geen duidelijk verschil tussen beide onderwijsprogramma's. Dat werd deels verklaard doordat de rol en attitude van de opleiders in beide groepen uiteindelijk toch niet sterk uiteenliepen. Ook speelde hier mee dat het om een complexe interventie ging, een interventie met veel verschillende onderdelen en waarbij niet altijd goed zicht is op wat wel werkt en wat niet. Ongeveer de helft van de aiossen in de interventiegroep gaf echter aan dat ze dachten dat hun opleider niet veel op had met EBM. Deze was dus wat dat betreft geen rolmodel.

In ander onderzoek werden huisartsconsulten geobserveerd en daarbij werd niet echt waargenomen hoe evidence een rol speelde tijdens die consulten.¹⁶ Daarom werd in meer detail onderzocht wat er op de werkplek in de opleidingspraktijk gebeurt.¹⁷ Kun je EBM leren toepassen door elkaars consulten te observeren en herken je wat er gebeurt bij het nemen van beslissingen? En kunnen aios en opleider hierbij van elkaar leren? Uit de analyse van de geobserveerde consulten en aanvullende interviews bleek dat aiossen en opleiders die elkaar observeerden bij het nemen van beslissingen elkaars argumenten niet goed herkenden. Opleiders schieten al gauw in de rol van beoordelaar en aiossen nemen (te) gemakkelijk aan dat de opleider het met diens ervaring wel zal weten. Observeren is dus niet voldoende: je zult elkaar moeten *vragen* naar het waarom. Een opleider neemt bijvoorbeeld een beslissing die niet is gestoeld op evidence, maar wel op zijn kennis van de patiënt. De aios zou kunnen denken dat de opleider de evidence niet kent. Wanneer er een goede en veilige opleider-aiosrelatie is, en zij de basis voor beslissingen geregeld bespreken, zijn observaties beter te interpreteren.

Uit een analyse van leergesprekken en aanvullende interviews blijkt dat deze gesprekken wel als nuttig worden ervaren, maar wat betreft het leren van EBM toch vaak minder iets opleveren. Aiossen verwachten dat opleiders de antwoorden op hun vragen beter beargumenteren. Daarnaast willen ze bevestiging en tegenvragen, en dat de opleider over de eigen ervaring

en patiëntfactoren vertelt. Aiossen verwachten een open en gelijkwaardige verhouding. Aiossen kunnen de discussie ook verbeteren door het leergesprek goed voor te bereiden, vragen te blijven stellen, onderzoek te doen naar evidence en kennis-hiaten, en het geleerde ook in de praktijk te brengen.¹⁸ Overigens zijn opleiders zich er helemaal niet zo bewust van dat ze EBM samen met de aios kunnen leren. Ze gaan er vaak van uit dat het leergesprek vooral voor de aios is bestemd.¹⁹

TIPS VOOR DE PRAKTIJK

Opleider en aios kunnen veel van elkaar leren als ze goede discussies voeren, gebruikmaken van de beschikbare evidence en ervaring, en de argumenten voor het handelen in de praktijk expliciet benoemen. Ook zullen ze de patiënt en verdere context in deze discussie moeten betrekken (*shared decision making*).²⁰ In een onderzoek werden aiossen en opleiders in focusgroepen gevraagd naar concrete voorbeelden van EBM-leren in de praktijk [**kader**]. Daarbij werden onderwijsmomenten onderverdeeld in 3 grote categorieën: leergesprekken, observaties van consulten en praktijkgebonden momenten.²¹ Een illustratief citaat van een opleider:

'Ja, ook wel dat observeren, maar dan van een videoconsult (...) en die dan samen bekijken en dan dacht ik, is het misschien ook wel leuk om van tevoren al te bedenken (...) met die themabril ga ik naar het consult kijken, en dat we dan ook zeg maar kritisch elkaar bevragen, van wat gaat er door je heen bij het nemen van die beslissingen, en welke hulpbronnen (...) vaak toch de standaard, of Thuisarts of erbij, of heb je ergens een artikeltje gelezen, of heb je een bepaalde voorbeeldfunctie van bijvoorbeeld mij als opleider of van een andere collega, op die manier. En als je van de standaard bent afgeweken, met welke argumentatie dan.'

Vaste overlegmomenten in de dagelijkse praktijkvoering kunnen helpen bij het (leren) toepassen van EBM. Het is goed om dan ook de consequenties voor de praktijkvoering vast te leggen. Op een ziekenhuisafdeling kindergeneeskunde is al succesvol geëxperimenteerd met een cyclus van stafbijeenkomsten, die uitmondde in een aanpassing van de lokale protocollen.²² Ook tijdens bijeenkomsten van huisartsen (bijvoorbeeld voor FTO of DTO) kunnen de 3 onderdelen en de implicaties voor beleid in de praktijk aan bod komen.²³ Dat zal tot betekenisvollere discussies en leergesprekken leiden. Bij de scholing van opleiders moet hen duidelijk worden gemaakt dat niet alleen aiossen, maar ook zichzelf in leergesprekken over EBM kunnen leren. Wanneer opleiders in hun rol van ervaren huisarts tijdens discussies ook de evidence en patiëntvoorkeuren bewust inzetten, kunnen ze een rolmodel zijn voor aiossen en studenten. Zo maken ze duidelijk dat je een professioneel leven lang kunt blijven leren.

KADER TIPS VOOR EBM-LEREN IN DE PRAKTIJK²¹

1. Afwisselend observeren en bespreken van elkaars consulten
2. Expliciet benoemen van de 3 EBM-onderdelen
3. Samen relevante artikelen bespreken
4. Bij een klinische vraag samen ter plekke evidence zoeken
5. Samen bestaande e-learnings of kennistests doen
6. Een ingewikkelde casus kiezen en daarbij naar alle 3 de EBM-onderdelen kijken
7. Samen een FTO of andere nascholing verzorgen
8. Samen expliciet een differentiële diagnose bespreken

CONCLUSIE

Hoewel de eerste 3 stappen om EBM te leren zijn opgenomen in het curriculum van de huisartsopleidingen, zijn de laatste 2 – het leren toepassen en evalueren in de dagelijkse (opleidings)praktijk – lastiger te implementeren. Aiossen, opleiders, docenten en huisartsen kunnen veel explicieter discussie voeren over de rol die evidence, klinische ervaring en patiëntvoorkeuren bij het nemen van beslissingen spelen. Dan zullen ze er samen van kunnen leren. ■

LITERATUUR

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71.
2. Bolt TC. A doctor's order. The Dutch case of evidence-based medicine (1970-2015). Antwerpen: Garant-Uitgevers, 2015.
3. Kortekaas MF, Van de Pol AC, Van der Horst HE, Burgers JS, Slort W, De Wit NJ. Towards efficient use of research resources: a nationwide database of ongoing primary care research projects in the Netherlands. *Fam Pract* 2014;31:229-35.
4. 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.
5. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that post-graduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ* 2004;329:1017.
6. Young T, Rohwer A, Volmink J, Clarke M. What are the effects of teaching evidence-based health care (EHBC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One* 2014;9:e86706.
7. Bartelink MEL, Baggen Y, Stevens DE, Smalbrugge M, Scherp-bier-de Haan N, Damoiseaux R, et al. Bruggenbouwers tussen wetenschap en praktijk. *Huisarts Wet* 2019;62:26-9.
8. Te Pas E, Van Dijk N, Bartelink ML, Wieringa-de Waard M. Factors influencing the EBM behaviour of GP trainers: a mixed method study. *Med Teacher* 2013;35:e990-7.
9. Galbraith K, Ward A, Heneghan C. A real-world approach to evidence-based medicine in general practice: a competency framework derived from a systematic review and Delphi process. *BMC Med Educ* 2017;17:78.
10. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, Rydland Olsen N, Young T, Ilic D, et al. Core competencies in evidence-based practice for health professionals: consensus statement based on a systematic review and Delphi survey. *JAMA Netw Open* 2018;1:e180281.
11. Kortekaas MF, Bartelink ML, Boelman L, Hoes AW, De Wit NJ. General practice trainees' information searching strategies for clinical queries encountered in daily practice. *Fam Pract* 2015;32:533-7.
12. Albarqouni L, Hoffmann T, Glasziou P. Evidence-based practice educational intervention studies: a systematic review of what is taught and how it is measured. *BMC Med Educ* 2018;18:177.
13. Nunan D, O'Sullivan J, Heneghan C, Pluddemann A, Aronson J, Mahtani K. Ten essential papers for the practice of evidence-based medicine. *Evid Based Med* 2017;22:202-4.
14. Nunan D, Lindblad A, Widyahening, Bernardo WM, Chi C-C, Cowdell F, et al. Ten papers for teachers of evidence-based medicine and health care: Sicily workshop 2019. *BMJ Evid Based Med* 2020;bmjebm-2020-111479.
15. Kortekaas MF, Bartelink MEL, Zuithoff NPA, Van der Heijden GJMG, De Wit NJ, et al. Does integrated training in evidence-based 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:e010537.
16. Zwolsman SE, Van Dijk N, Wieringa de Waard M. Observations of evidence-based medicine in general practice. *Perspect Med Educ* 2013;2:196-208.
17. Welink L, Van Roy K, Damoiseaux R, Suijker H, Pype P, De Groot E, et al. EBM leren toepassen door observatie, werkt dat? *Huisarts Wet* 2020;63:27-30.
18. Welink LS, De Groot E, Pype P, Van Roy K, Van den Wittenboer ID, Bartelink MEL, et al. GP trainees' perceptions on learning EBM using conversations in the workplace: a video-stimulated interview study. *BMC Med Educ* 2020;20:139.
19. Welink LS, De Groot E, Bartelink MEL, Van Roy K, RAMJ Damoiseaux, Pype P. Learning conversations with trainees: an undervalued but useful EBM learning opportunity for clinical supervisors. *Teach Learn Med* 2020 Dec 23 [epub ahead of print].
20. Hofmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;312:1295-6.
21. Welink LS, De Groot E, Damoiseaux RAJM, Bartelink MEL. Educational strategies to enhance EBM teaching and learning in the workplace: a focus group study. *BMJ EBM* 2021 Jan 29 [epub ahead of print].
22. Draaisma E, Bekhof, J, Langenhorst VJ, Brand PLP. Implementing evidence-based medicine in a busy general hospital department: results and critical success factors. *BMJ EBM* 2018;23:173-6.
23. Ter Brugge BPH, Bartelink MEL, Damoiseaux RAJM, De Groot E. The use of evidence during group meetings of Dutch general practitioners. *Education Prim Care* 2017;28:307-12.

Bartelink MEL, Welink LS, Beurskens LWJE, Van Peet PG, Damoiseaux RAMJ. EBM-onderwijs en leren van elkaar in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1167-2. UMC Utrecht, Julius Centrum, Utrecht: dr. M.E.L. Bartelink, huisartsdocent, m.e.l.bartelink@umcutrecht.nl; L.S. Welink, arts-onderzoeker; prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoofd huisartsopleiding, Maastricht University, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Huisartsopleiding, Maastricht: dr. L.W.J.E. Beurskens, huisartsdocent EBM. Leids Universitair Medisch Centrum, Huisartsopleiding, Leiden: dr. P.G. van Peet, huisartsdocent. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.