

Bijwerkingen en valkuilen van EBM: trap er niet in!

Muris JWM, Damoiseaux RAMJ, Van Dijk N. *Bijwerkingen en valkuilen van EBM: trap er niet in!* Huisarts Wet 2017;60(11):548-50.

Huisartsen zijn echte evidence-based zorgverleners. Systematische reviews en richtlijnen helpen ons bij het nemen van beslissingen – evidence-based medicine (EBM) heeft ons veel opgeleverd. Door de sterke nadruk op de wetenschappelijk onderbouwing is de kans echter groot dat de wensen en situatie van de specifieke patiënt die tegenover ons zit en onze eigen klinische ervaring te weinig aandacht krijgen. Uitkomsten uit onderzoek kunnen daarnaast een te grote invloed krijgen op ons handelen en de afrekening door zorgverzekeraars te sterk bepalen. Ook kan de industrie klinisch irrelevant onderzoek gebruiken voor financieel gewin. Deze ontwikkelingen hebben weerstand tegen EBM opgeroepen. Het is daarom van groot belang om tijdens de opleiding het eigenlijke perspectief van EBM centraal te stellen: het gebruik van evidence met inachtneming van de wens en situatie van de patiënt, en de klinische expertise van de arts. Behalve bevragen, zoeken en wegen van evidence moeten we de vertaalslag naar de praktijk benadrukken. Hoe kunnen we de valkuilen en bijwerkingen van een te beperkte toepassing van EBM ontwijken?

Het gebruik van evidence-based medicine (EBM) houdt in dat wij als (huis)arts in de spreekkamer wetenschappelijke kennis – de evidence – afwegen tegen maatschappelijke belangen, de specifieke wensen, behoeften en mogelijkheden van die ene patiënt in onze spreekkamer en onze eigen ervaring. EBM heeft ons veel gebracht, maar dreigt in haar eigen valkuil te vallen en bovendien ook bijwerkingen te vertonen. De waarde van een gedegen wetenschappelijke onderbouwing van het

Huisartsen zijn echte evidence-based zorgverleners.

medisch handelen is onbetwist. Maar door een te eenzijdige nadruk op die wetenschappelijke onderbouwing en het naar de zijlijn drukken van de wensen en situatie van de patiënt en onze eigen klinische ervaring, dreigen we het kind met het badwater weg te gooien. Daarnaast gebruiken we soms evidence afkomstig uit onderzoeken die verricht zijn vanuit een twijfelachtige klinische relevantie, maar die wel de financiële

belangen dienen van zorgverzekeraar of industrie. Dat zorgt voor onduidelijkheid in de spreekkamer en kunnen we daarom als bijwerking zien. De oraties van de drie auteurs van deze beschouwing bevatten een aantal reflecties over de toepassing van EBM, die we hieronder samenvatten.¹⁻⁴

SPANNINGSVELD

Een mooi voorbeeld van toepassing van EBM zoals wij die voorstaan, waarin het belang van de persoonlijke voorkeur van patiënten naar voren komt, is recent onderzoek naar de behandeling van urineweginfecties bij vrouwen.⁵ De vraag was of je vrouwen met een blaasontsteking beter kan behandelen met antibiotica, zoals nu de gewoonte is, of met ibuprofen, waardoor je resistentie van bacteriën kan voorkomen. Uit het onderzoek bleek dat patiënten die behandeld waren met antibiotica gemiddeld in vijf in plaats van zes dagen beter waren en dat ze iets minder symptomen hadden. Omdat ze klachten hielden kreeg een op de drie patiënten die waren behandeld met ibuprofen alsnog antibiotica; twee derde dus niet. Daarbij hadden vrouwen die geen antibiotica kregen een kleinere kans dat de blaasontsteking terugkwam (6 versus 11%). De kosten-batenanalyse in de standaard resulteert ongetwijfeld in een eenduidig advies, maar leidt wel tot een valkuil: dit advies bij alle patiënten klakkeloos overnemen, zonder te kijken naar de situatie en voorkeur van de individuele patiënt. Wat zou u doen? U kunt zich ongetwijfeld goed voorstellen dat uw keuze per patiënt zal verschillen. Een vrouw die eerder een ernstige infectie heeft gehad of die de week erop gaat trouwen wil misschien wel antibiotica krijgen. Iemand die zich zorgen maakt over resistentie van bacteriën of eerder veel last had van bijwerkingen, wil dat waarschijnlijk niet. Allebei terecht en allebei echt EBM.

Er zijn nog andere valkuilen dan het verwaarlozen van de voorkeuren van de patiënt. Een van de winsten van EBM is dat de beschikbare evidence voor veel van de dagelijkse klinische vraagstukken van huisartsen is samengevat in richtlijnen en standaarden. We komen echter geregeld in contact met mensen die tegelijkertijd COPD, hartfalen, botontkalking en diabetes hebben. Als we de betrokken richtlijnen willen volgen, moeten we de patiënt onderwerpen aan medicatie en adviezen die elkaar soms tegenwerken. Niet alleen de verschillende richt-

De kern

- Het gebruik van evidence-based medicine (EBM) geeft in de praktijk aanleiding tot enkele valkuilen en bijwerkingen.
- Het is aan ons als huisartsen om duidelijk te blijven aangeven dat de combinatie van het wegen van evidence, de ervaring van de arts en de context van de patiënt de werkelijke kwaliteit van zorg bepalen.
- Op de opleidingen moeten we vooral de vertaalslag naar de praktijk benadrukken.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute (Caphri), Universiteit Maastricht, Maastricht: prof.dr. J.W.M. Muris, hoogleraar huisartsgeneeskunde/vakgroepvoorzitter. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht: prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde/hoofd huisartsopleiding. Afdeling huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam, Public Health Research Institute, Amsterdam: prof.dr. N. van Dijk, hoogleeraar onderwijs en opleiden/teamleider onderzoek Huisartsopleiding • Correspondentie: jean.muris@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Shutterstock

We moeten onszelf voortdurend kritisch blijven afvragen of het nog klopt wat we doen.

lijnen lijken elkaar tegen te spreken, maar ze botsen ook met de persoonlijke zorg.⁶ Het volgen van alle aanbevelingen resulteert bij sommige patiënten dus juist in te veel voorschriften en veroorzaakt mogelijk zelfs schade bij complexe en kwetsbare patiënten, zoals ouderen. Onze klinische expertise met onze kennis over de context van de patiënt en de continuïteit van zorg zal dan een belangrijke rol spelen. We zullen deze situatie en de voorkeuren van de patiënt dan wel in het oog moeten houden. We moeten een valkuil vermijden: het 'blind' volgen van de richtlijnen en een te grote nadruk leggen op het wetenschappelijke bewijs, dat bijna per definitie kwantitatief van aard is. Hierdoor lijkt een spanningsveld te ontstaan rond de kwalitatieve dagelijkse huisartsenzorg, waarbij juist ook onze expertise en situatie van de patiënt relevant zijn. We hebben in deze situatie de belangrijke taak de evidence kritisch te wegen en samen met de patiënt te bepalen bij welke zorg deze patiënt het meest gebaat is. Niet het volgen van de richtlijnen, maar het kritisch wegen daarvan is wat we EBM in de praktijk noemen.

PRAKTISCHE, PASSENDE KENNIS

EBM in zijn klassieke vorm, waarbij de epidemiologische, diagnostische en prognostische evidence de primaire factor vormen, beschouwt een patiënt als een modelprobleem, een casus waarbij de dokter een gemiddeld resultaat uit onderzoek toepast op het probleem van de specifieke patiënt. Deze gang van zaken roept terecht weerstand op bij veel huisartsen, want de meeste contacten in de huisartsenpraktijk leiden niet tot loepzuivere, op te zoeken standaardvragen. Het is niet zozeer een kwestie van analytisch denken, als wel van praktische,

passende kennis. Deze kennis wordt geactiveerd door de veelvormigheid van de inbreng van de patiënt. Daarbij komt dat het klachtenpatroon zeker in een eerste consult zo specifiek kan zijn, dat de factor tijd een rol moet gaan spelen. Omdat veel klachten vanzelf overgaan lost diezelfde tijd ook veel proble-

Het 'blind' volgen van richtlijnen kan een valkuil zijn.

men op zonder dat we daar heel specifieke evidence voor hoeven te gebruiken. Om de kritische gevallen eruit te halen heeft prognostisch onderzoek ons wel geholpen, maar daar kunnen we lang niet altijd mee uit de voeten. De klassieke EBM is dus te lineair van aard – het integreren van de voorkeuren en waarden van patiënten komt pas aan het eind van het proces aan de orde, terwijl dat het uitgangspunt zou moeten zijn.

Een voorbeeld van een bijwerking zijn de evidence-based-hulpsystemen die ontwikkeld zijn om ons te ondersteunen bij het nemen van beslissingen. Bij het invoeren van een diagnose, bijvoorbeeld blaasontsteking, verschijnt direct een pop-up met de behandeling van eerste keus. Dat lijkt ideaal. Maar die pop-ups stimuleren ons niet om zelf kritisch na te denken of rekening te houden met de wensen van de patiënt. Ook door bijvoorbeeld zorgverzekeraars worden we nogal eens afgerekend op het al dan niet volgen van die behandeling van eerste keus. Het moge duidelijk zijn dat dat niet altijd in het

belang van de zorg of de patiënt is. Deze redenering betekent overigens niet dat we de evidence bij een behandel- of diagnostische beslissing kunnen negeren. Het betekent wel dat we deze op de juiste manier moeten meewegen en de uiteindelijke keuze moeten verantwoorden en blijven toetsen.⁷

Het niet-lineair wegen van evidence, de ervaring van de arts zelf en de voorkeuren van de patiënt is juist binnen de huisartsgeneeskunde sterk omarmd. Om de genoemde bijwerkingen te voorkomen zullen we deze principes wel expliciet moeten handhaven, om zo zelf te kunnen blijven bepalen wat goede, evidence-based zorgverlening is. Bewegingen zoals Dappere Dokters en Het Roer Moet Om nemen daar op dit moment het voortouw in.

VERBINDING MET DE PRAKTIJK

Ook op de opleidingen moeten we hiermee aan de slag. Het lijkt er soms op dat EBM aan zijn eigen succes ten onder gaat doordat het zo sterk wordt omarmd dat er bijwerkingen ontstaan. Toch wordt het principe daar zelf niet minder sterk door. Het maakt het misschien wel ingewikkelder om EBM op de juiste wijze toe te passen en om studenten, aiOS en huisartsen erin te scholen. In veel onderwijsprogramma's, ook in sommige van onze huisartsopleidingen, leren we aiOS EBM door ze een onderzoekbare vraag te laten formuleren, gegevensbestanden te laten doorzoeken en een checklist te laten gebruiken om literatuur kritisch te beoordelen. De toepassing in en de verbinding met de praktijk ontbreekt vaak.

Het formuleren van vragen, en het zoeken en op waarde schatten van evidence vormen een prachtige manier om met nieuwe evidence te leren omgaan. Maar de nadruk ligt wel op nieuwe evidence en op leren. Het is een onderwijsmodel en niet hoe EBM er in de praktijk uitziet. AiOS kunnen bij elk consult een klinische vraag formuleren, die ze in 30% van de gevallen ook opzoeken of toetsen bij een collega.⁸ Ze zoeken, wegen en toetsen dus informatie afkomstig uit verschillende bronnen. Het werkt dan contraproductief wanneer huisartsinstituten stellen dat aiOS EBM beoefenen wanneer ze tijdens de opleiding zoekvragen formuleren en zoekopdrachten in gegevensbestanden uitvoeren. Dat wekt de onjuiste suggestie dat wat in de praktijk gebeurt, namelijk het wegen van nieuwe of al lang bekende evidence in combinatie met die verschillende belangen, *geen* EBM is.

Het volstaat dus niet om alleen onderwijs te geven in de EBM-vaardigheden en die te toetsen. De EBM-vaardigheden moeten worden gekoppeld aan de vragen die aiOS en hun opleiders uit de praktijk hebben. Dit betekent dat we op de terugkomdagen niet alleen de evidence presenteren, maar ook het patiëntenperspectief en de klinische ervaring. Daarvoor zullen we onze docenten meer dan nu moeten trainen en begeleiden, zowel in de basisvaardigheden, als in de kritisch nieuwsgierige houding die we van huisartsen verwachten. Alleen dan kunnen we bereiken dat aiOS EBM-vaardigheden in de dagelijkse praktijk van de opleidingspraktijken toepassen.

Nog belangrijker is dat we de opleiders moeten verleiden om zich te verdiepen in EBM en om EBM-vaardigheden expliciet en

samen met hun aiOS toe te passen, door de wegingen te expliciteren en nieuwe kennis toe te passen in de zorg. Paul Glasziou, huisarts en kopstuk wat EBM betreft, schreef in een editorial in *BMJ* dat een dokter die een onderzoeksverslag niet kritisch kan lezen net zomin voldoende toegerust is voor de uitoefening van zijn vak als een dokter die geen bloeddruk kan meten.⁹

Door het toepassen van échte EBM kunnen huisartsen ook veel gemakkelijker het kaf van het koren scheiden. Huisartsen moeten kunnen omgaan met een overdaad aan evidence, waarvan de klinische relevantie niet altijd even duidelijk is. Om die overdaad te beteugelen, zullen we de onderzoeks-

Het is een vereiste om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen.

agenda voor de eerste lijn moeten bepalen. Niet op grond van de financiële belangen van farmaceutische industrie of zorgverzekeraars, maar vanuit problemen in de praktijk en lacunes in de standaarden.

CONCLUSIE

EBM heeft ons veel gebracht, maar is gedeeltelijk gekaapt door de farmaceutische industrie, zorgverzekeraars en beleidsmakers. Als dokters moeten we ervoor zorgen dat de zorg voor de patiënt weer centraal komt te staan in EBM en dienen we deze visie ook uit te dragen. We kunnen niet alles in richtlijnen en standaarden vastleggen, en de kunst van het dokteren bestaat eruit dat we zelf kritisch blijven nadenken en wegen. Dit vraagt om academische vaardigheden die voldoende in het curriculum van basisartsen en in de vervolopleidingen geïntegreerd moeten zijn. Deze vaardigheden omvatten ook de basisprincipes van EBM – het stellen van een vraag, het zoeken in de literatuur en het op waarde schatten van de gevonden evidence. Deze evidence moeten we kritisch wegen en toepassen, waarbij we rekening houden met onze eigen klinische ervaring en de wensen van de patiënt. En we moeten onszelf voortdurend kritisch blijven afvragen of het nog klopt wat we doen. Dokter zijn kan niet meer op routine en continue scholing is dan ook een vereiste om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen. Daarvoor is misschien nog wel de belangrijkste bron het leren in het dagelijks werk, waar juist de prikkel bestaat om naar die individuele patiënt te luisteren. ■

LITERATUUR

- 1 Muris JWM. Opgelucht door de eerste lijn. Oratie Universiteit Maastricht, Maastricht, 25 september 2015.
- 2 Damoiseaux RAMJ. Van Boerhaave tot academisch huisarts. Oratie Universiteit Utrecht, Utrecht, 11 september 2014.
- 3 Van Dijk N. Evidence Based Meducation. Oratie Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 7 april 2016.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

**LITERATUUR**

- 1 Muris JWM. Opgelucht door de eerste lijn. Oratie Universiteit Maastricht, Maastricht, 25 september 2015.
- 2 Damoiseaux RAMJ. Van Boerhaave tot academisch huisarts. Oratie Universiteit Utrecht, Utrecht, 11 september 2014.
- 3 Van Dijk N. Evidence Based Meducation. Oratie Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 7 april 2016.
- 4 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
- 5 Gagyor I, Bleidorn J, Kochen MM, Schmiemann C, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. *BMJ* 2015;351:h6544.
- 6 Burgers JS. Opschudding over evidencebased medicine. Van reductionisme naar realisme in de toepassing van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8376.
- 7 Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet* 2017;390:415-23.
- 8 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.
- 9 Glasziou P, Burls A, Gilbert R. Evidence based medicine and the medical curriculum. The search engine is now as essential as the stethoscope. *BMJ* 2008;337:a1253.