

# ORGANISATIE

## Eelco Draaisma

kinderarts, afdeling  
Kindergeneeskunde, Isala  
Vrouw-kindcentrum, Zwolle

## Jolita Bekhof

kinderarts, afdeling  
Kindergeneeskunde, Isala  
Vrouw-kindcentrum, Zwolle

## Nicole Boluyt

kinderarts niet-praktiserend en  
medisch adviseur, Zorginstituut  
Nederland, Diemen

## Paul Brand

hoogleraar klinisch onderwijs, Isala  
Academie, Zwolle; Wenckebach Instituut  
voor Onderwijs en Opleiding, UMC  
Groningen

EVIDENCEBASED MEDICINE IS EFFECTIEF EN EFFICIËNT

# Zinnige zorg in de praktijk

Met evidencebased medicine (EBM) kunnen artsen wetenschappelijk bewijs en actuele medische kennis integreren met klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt. Dat leidt tot zinnige én zuinige zorg.



GETTY IMAGES

**A**lhoewel we als artsen ernaar streven alleen zorg te leveren met een aangetoonde meerwaarde voor de patiënt, bestaat voor het overgrote deel van de zorg onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

Dit geldt zowel voor de zorg die opgenomen is voor vergoeding in het basispakket als voor aanbevelingen in richtlijnen van de beroepsverenigingen. Daarnaast wordt vrijwel dagelijks nieuwe kennis over de effectiviteit van zorg gegenereerd en gepubliceerd; kennis die vaak nog niet in actuele richtlijnen is opgenomen. Toch moet elke arts met deze beperkte en sterk veranderende kennis beslissingen nemen in samenspraak met de individuele patiënt. Om dit goed te kunnen doen, zijn kennis over en ervaring met het toepassen van evidencebased medicine (EBM) behulpzaam. Medisch specialisten en huisartsen gebruiken ech-

ter weinig EBM tijdens hun dagelijkse werk.<sup>1,2</sup> Ook de meeste artsen voelen zich aan het einde van hun opleiding onvoldoende bekwaam in het werken volgens EBM-principes.<sup>3</sup> In dit artikel beschrijven wij onze ervaringen met het toepassen van EBM in onze kindergeneeskundepraktijk in Isala Vrouw-kindcentrum te Zwolle en de manier waarop dit leidt tot zinnige zorg.

### Geïntegreerd met patiëntzorg

Werken volgens de EBM-methodiek is een complexe vaardigheid, waarin methodologische kennis over zoeken en wegen van bewijs moet worden geïntegreerd met de klinische expertise van de dokter en de voorkeuren van de patiënt. Uit diverse onderzoeken blijkt dat tijdgebrek en een negatieve attitude jegens EBM belangrijke barrières zijn, maar ook dat de attitude van artsen

positiever wordt als zij toegerust zijn om EBM efficiënt toe te passen. Terwijl aïossonen het vak van medisch specialist leren door jarenlange dagelijkse oefening in de praktijk, wordt EBM meestal geleerd in een geïsoleerde cursus of workshop en vervolgens niet meer geoefend in de dagelijkse opleidingspraktijk. Dergelijke geïsoleerde vormen van EBM-training hebben nauwelijks effect op hoe artsen over EBM denken of hoe ze het in de praktijk toe passen.

Uit onderwijskundig onderzoek weten we dat twee dingen belangrijk zijn voor een blijvend effect op de manier waarop artsen denken en handelen. Ten eerste moet het EBM-onderwijs geïntegreerd zijn met de patiëntenzorg. Dus: aan de hand van een realistische, liefst bestaande patiëntcasus. Ten tweede is het belangrijk dat de opleidingsgroep zelf het goede voorbeeld geeft, en zichtbaar laat zien EBM te gebruiken.

## In de praktijk

Onze EBM-praktijk kent drie hoofdonderdelen: training, structureel inpassen van EBM in het weekprogramma en het gebruik van lokale richtlijnen voor de meestvoorkomende problemen op afdeling en polikliniek.

**Training.** Eén kinderarts is aangewezen als projectleider. Zij volgde een opleiding tot klinisch epidemioloog, wat geen vereiste is om de rol als EBM-kartrekker te vervullen, maar er wel voor zorgt dat we in onze vakgroep beschikken over uitgebreide statistische

en methodologische kennis. Met deze kennis ontwikkelde zij, samen met een in EBM geïnteresseerde collega, een tweedaagse EBM-cursus die door de gehele vakgroep werd gevolgd en jaarlijks wordt herhaald voor nieuwe kinderartsen, arts-assistenten en verpleegkundig specialisten.

**Structurele inpassing in het weekprogramma.** In het weekrooster van de kinderartsen is een drietal besprekingen ingepland, waarmee de stappen van EBM wekelijks worden geoefend.

- Een *critically appraised topic* (CAT-)bespreking van tien minuten na de ochtendoverdracht, waarin een collega aan de hand van een vraag over een patiënt laat zien welke zoekstrategie is gebruikt, wat de validiteit van het gevonden bewijs is, hoe relevant (grootte van het effect) en toepasbaar het gevonden bewijs is, en welke consequenties dit heeft voor onze praktijk.
- Een referaatbespreking (*journal club*) waarin een artikel op een gestructureerde, interactieve manier wordt besproken, met nadruk op de methodologie, resultaten en de toepasbaarheid ervan voor onze dagelijkse praktijk.
- Een richtlijnenbespreking, waarbij aan de hand van een patiëntcasus vragen over of problemen bij de toepassing van een (eigen) richtlijn of protocol worden besproken.

De besprekingen worden niet alleen voorbereid en uitgevoerd door a(n)iossonen en verpleegkundig specialisten, maar net zo vaak door de kinderartsen. In totaal kosten deze besprekingen ons maximaal anderhalf uur per week.

---

## RESULTATEN EVIDENCEBASED MEDICINE WERKWIJZE

De *critically appraised topic* (CAT-)besprekingen leiden in ongeveer een vijfde van de gevallen tot aanpassing van lokale praktijkvoering. Als we concluderen dat er te weinig evidence voorhanden is, voeren we waar mogelijk zelf zorgevaluatieonderzoeken uit, die op hun beurt weer tot aanpassingen in de eigen praktijkvoering leiden, vooral in de vorm van zinniger en zuiniger handelen.

Voorbeelden van aangepast beleid op basis van resultaten CAT-besprekingen:

- Geen routinelabonderzoek bij kinderen met veelvoorkomende infectieziekten, zoals een pneumonie.
- Geen non-invasieve diagnostiek naar *Helicobacter pylori*-infecties.
- Kortere observatieduur van pasgeborenen na meconiumhoudend vruchtwater.
- Buccale toediening van glucose bij pas-

geborenen met een verhoogd risico op neonatale hypoglykemie. Geschatte kostenreductie 25.000 euro per jaar, door reductie van het aantal opnames voor intraveneus glucose met 25 per jaar.

### Voorbeelden van resultaten van zelf uitgevoerd zorgevaluatieonderzoek:

- Geen virale diagnostiek en geen cohort-isolatie meer van kinderen met bronchiolitis. Geschatte kostenreductie 8000 euro per jaar.
- Minder voorschriften voor palivizumab, ter preventie van respiratoir syncytieel virus (RSV) bij prematuren, nadat ouders werden geïnformeerd over het relatief kleine behandel-effect. Geschatte kostenreductie 100-120.000 euro/jaar (jaarlijks kiezen ouders van ongeveer twintig kinderen die wel in aanmerking

komen voor palivizumab ervoor dit niet te geven).

- Niet meer routinematig bijhouden van vochtbalansen bij zieke pasgeborenen. Huidbilimeter in plaats van bloedprikken bij neonatale icterus. Geschatte kostenreductie 14.000 euro per jaar, door reductie van het aantal bloedafnames met 38 procent.
- Neonatale sepsisrichtlijn, waarbij we beargumenteerd afwijken van de nationale richtlijn door bij klinisch niet-zieke kinderen strikte observatie toe te passen in plaats van preventieve antibiotica.
- Geschatte kostenreductie 80.000 euro per jaar, door beperking van de duur van opname van ongeveer tachtig tot honderd pasgeborenen per jaar.
- Afschaffen van *high flow* bij kinderen met bronchiolitis.

**Nationale en lokale richtlijnen.** Onze vakgroep heeft ruim honderd lokale richtlijnen ontwikkeld voor de meestvoorkomende patiëntproblemen. Deze lokale richtlijnen zijn vaak een praktische samenvatting van nationale of internationale richtlijnen, omdat door de omvang en complexiteit van die richtlijnen de snelle toepassing ervan in de praktijk moeizaam is. Bovendien zijn landelijke richtlijnen vaak niet actueel en de aanbevelingen soms vaag. Beide facetten zouden meer aandacht moeten krijgen zodat richtlijnen ook daadwerkelijk kunnen bijdragen aan passende zorg.

Daarnaast gebruiken we eigen richtlijnen, bijvoorbeeld als nationale richtlijnen ontbreken of als deze onvoldoende toepasbaar of niet up-to-date zijn. De argumentatie en afwegingen voor de onderdelen waarop we afwijken van nationale richtlijnen worden hierin gedocumenteerd. De richtlijnen worden regelmatig aangepast naar aanleiding van een van de drie wekelijkse EBM-besprekingen en vijfjaarlijkse updates.

### Implicaties

Onze ervaringen tonen aan dat het mogelijk is om op een drukke afdeling van een algemeen ziekenhuis EBM structureel in te bedden. Daarbij hebben we gemerkt dat deze werkwijze leidt tot zinniger en zuiniger zorg (zie kader 'Resultaten EBM-werkwijze' op blz. 22). Een ander resultaat is de veranderde cultuur op de afdeling: het is normaler geworden om elkaar te bevragen op de overwegingen bij ons handelen en om onzekerheid en twijfel te erkennen. We zijn van een cultuur waarin vooral waardering wordt getoond voor degene die de antwoorden weet, opgeschoven naar een cultuur waarin vragen stellen wordt omarmd, van voortdurend willen leren van en met elkaar. Deze grondhouding draagt bij aan het bevorderen van een verander- en leercultuur. Dit is een kernelement in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) dat voortkomt uit het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg.

Tegelijkertijd illustreren onze ervaringen ook dat dit vraagt om een intensieve, langdurige, georkestreerde actie van de voltallige



Het is mogelijk  
evidencebased medicine  
op een drukke afdeling  
in te bedden

## BARRIÈRES EN SUCCESFACTOREN

Voordat je als ziekenhuis start met een programma van zinnige zorg, zorgevaluatie en gepast gebruik is het verstandig om je van een aantal zaken bewust te zijn.

### Barrières

- Gepercipieerd gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden.
- Afhankelijkheid van inzet en doorzettingsvermogen 'kartrekkers' van het project.

- Financiële prikkels (zoals productie-financiering op basis van volumes).

### Succesfactoren

- Benoem het belang van zinnige zorg, gepast gebruik en zorgevaluatie in missie en visie van de afdeling.
- Wijs één of twee 'kartrekkers' aan.
- School de voltallige vakgroep in principes van EBM.
- Oefen wekelijks de stappen van EBM in

besprekingen in het routineweekrooster van de afdeling, betrek hierbij actief alle vakgroepsleden.

- Maak nationale richtlijnen toepasbaar voor de eigen praktijksituatie.
- Werk actief aan een leer- en verandercultuur: bespreek onzekerheden en stimuleer constructief-kritische vragen over beleid.
- Vier de eigen successen en deel ze met anderen.

vakgroep (zie kader 'Barrières en succesfactoren'). Wij vinden dat de waardevolle uitkomsten deze investering in tijd, geld en mensen rechtvaardigen. Ziekenhuizen en beroepsverenigingen kunnen vakgroepen steunen bij een evidencebased praktijkvoering, door het bieden van scholing, klinisch-epidemiologische en onderwijskundige ondersteuning, en het beschikbaar stellen van gerealiseerde besparingen in zorgkosten voor investeringen op de eigen afdeling. De overheid kan zorgevaluatieonderzoek stimuleren door te onderzoeken of het declarabel maken van extra inspanningen in de vorm van een zorgevaluatie dbc-ondersteunend werkt. Op die manier wordt zorgevaluatie minder afhankelijk van subsidies, hetgeen op lange termijn kan zorgen voor een vanzelfsprekendere inbedding in de dagelijkse zorg.<sup>4</sup> Idealiter wordt zorgevaluatieonderzoek op nationaal niveau uitgevoerd in meerdere ziekenhuizen.

## Ziekenhuizen kunnen vakgroepen steunen bij de EBM-praktijkvoering

Zorgverleners zouden productiegerichte afspraken dienen te heroverwegen, om zo de financiële prikkel tot (over)behandeling te temperen. Het inkomen van medisch specialisten wordt dan minder afhankelijk van prijs en volume van behandelingen.<sup>5</sup> Ten slotte zal een behoorlijke aanpassing van de medische vervolgopleidingen nodig zijn om de grondhouding van de arts van straks om te buigen van een van vooral interveniëren en doen naar een van alleen dat doen wat zinvol is en waarde toevoegt voor de patiënt. De eerste stappen zijn daarvoor gezet, zo bleek vorig jaar in Raamplan Artsopleiding 2020. Onze ervaring laat zien dat medisch specialisten ook nu al zelf in actie kunnen komen. ■

### contact

ee.draaisma@isala.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](https://medischcontact.nl/artikelen).

## VELDWERK



**METTE KONINGS**  
is aios psychiatrie

### De mooiste baan van de wereld

Een van de grootste voordelen van de psychiatrie is dat het verrassend is. Geen werkdag is hetzelfde. Patiënten laten soms het achterste van hun tong niet zien, maar af en toe is de rem juist zoek. Dat maakt de patiënt-contacten uitdagend. Je kunt er vaak veel voldoening uit halen, en soms ook helemaal geen.

Tijdens de dienst word ik gebeld om een psychotische patiënt te onderzoeken. Naast S1S2 en normale peristaltiek hoor ik nog wat anders tijdens het lichamenlijk onderzoek. 'Lelijke schoenen', zegt hij eerst zacht, en dan steeds luider. Ik kijk naar mijn felgekleurde Nikes, ideaal om gerust vijftien uur achter elkaar op te werken. 'Ik vind ze wel heel hip hoor', zegt de verpleegkundige vriendelijk. 'Lelijke snotaap', voegt de patiënt nog toe.

Midden in de nacht word ik gebeld: 'Sorry dat ik je dit moet vertellen', zegt een verpleegkundige, 'maar een patiënt heeft het hele washok ondergeschetten.' Eenmaal aangekomen op de afdeling blijkt de patiënt ook de muren van zijn kamer te hebben gestuct met ontlasting. De patiënt slaapt, maar wordt even later wakker en wandelt met een met ontlasting besmeurd hoestlaken als een sjaal om zijn nek over de afdeling. Hij wil het hoestlaken niet afstaan. Hij grijpt een theedoek van de tafel en zet die als een hoofddoek op zijn hoofd. Hij beschuldigt de verpleegkundige van het besmeuren van het washok. Even later slaapt hij verder.

'Just another day at the office' in de psychiatrie. Of *night*, beter gezegd. 'Je bent een leuke dokter', zegt een andere patiënt, 'mijn complimenten dat je komt werken op zondag.' Ook al ben ik soms een snotaap en stinkt het soms, ik heb de mooiste baan van de wereld.