



EBM spiraalvormig implementeren?

Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

In Minerva hebben we het al vaak gehad over de implementatie van EBM in de zorg voor patiënten (1,2). Deze implementatie hangt in belangrijke mate af van de expertise van de zorgverlener om het beste beschikbare bewijs te zoeken, te evalueren en te integreren in het klinisch beleid (2). Vijf stappen zijn hierbij cruciaal.

1. Het klinisch probleem vertalen in een beantwoordbare PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome)-vraag.
2. Op een systematische manier het beschikbare bewijs traceren dat een antwoord geeft op deze PICO-vraag.
3. Op een kritische manier de interne en externe validiteit en de impact (met afweging van risico's en baten) van het beste beschikbare bewijs beoordelen (CAT of Critical Appraisal of the Topic).

In onze 'lange duidingen' komen deze eerste drie stappen prominent aan bod. Door de klinische vraag zoveel mogelijk als een PICO-vraag weer te geven krijgen lezers meteen een aanknopingspunt met de eigen praktijkvoering. In de bespreking worden ze dan door ervaren collega's ondersteund om op een kritische manier de methodologie en de klinische relevantie van de studieresultaten te beoordelen, zonder zelf het oorspronkelijke artikel volledig te moeten lezen.

Het is onze missie om de pool van kritische duiders steeds uit te breiden met enthousiaste collega's die graag willen meewerken aan de uitbouw van een 'kritisch' netwerk als reactie op een soms oppervlakkige interpretatie van wetenschappelijk onderzoek.

4. De kritische beoordeling integreren in de eigen klinische expertise en de kennis over de biologische eigenschappen, de waarden en de context van de patiënt.
5. Reflecteren over de effectiviteit en de doeltreffendheid waarmee stap 1 tot 4 is uitgevoerd en zoeken naar mogelijkheden om hierin beter te worden. Deze laatste stap situeert zich dus eerder op het metacognitieve niveau.

Dit leermodel wordt momenteel algemeen aanvaard als een belangrijke manier om onze kennis en onze vaardigheden als zorgverlener op te bouwen. Meer en meer is men er ook van overtuigd dat het stappenplan pas effectief kan zijn wanneer het is ingebed in een spiraalvormige manier van leren (3). Spiraalvormig leren wil zeggen dat men op een progressieve manier kennis opdoet door telkens opnieuw met de topic geconfronteerd te worden (4,5). In een recent artikel van de BMJ werden de belangrijkste aspecten van deze manier van leren toegepast op de implementatie van EBM.

1. Elke nieuwe stap in de spiraal begint met een nieuwe klinische vraag die afhankelijk is van de expertise en de vaardigheden van de vraagsteller. Bijvoorbeeld, geconfronteerd met hetzelfde probleem zullen artsen met veel ervaring andere vragen stellen dan studenten geneeskunde.
2. Zo creëert men voor zichzelf een leercontinuüm waarbij 'iets leren' telkens opnieuw 'meer leren' uitlokt in een opwaartse spiraal van steeds complexere vragen. Na hun basisopleiding wordt van artsen in het werkveld verwacht dat ze bijvoorbeeld rekening houden met de specifieke context van patiënten, met de multidisciplinariteit van onze gezondheidszorg, enzovoort (5).

Deze vorm van leren, die voortbouwt op eerdere kennis, sluit sterk aan bij het dynamische karakter van EBM en weerspiegelt de rationale achter de 'korte duidingen' van Minerva. Door de jaren heen heeft de redactie zeer veel recente wetenschappelijke literatuur geselecteerd die een nieuw licht werpt op bepaalde onderwerpen.

Onze duiders proberen deze nieuwe evidentie telkens opnieuw te kaderen binnen de bestaande evidentie. Op die manier bouwen zij door de jaren heen een ruime expertise op in de kritische beoordeling van studiemateriaal over verschillende topics.

3. Kennis, communicatievaardigheden (met patiënten en zorgverleners), professioneel handelen, ethiek en praktische vaardigheden worden steeds meer geïntegreerd in de besluitvorming. Naarmate de expertise toeneemt, zullen ook de kennis en de vaardigheden dankzij deze integratie verder opgebouwd worden.
4. Tijdens het verdere leerproces kunnen voor dezelfde vragen, de zoekmethodes, de gevonden gegevens en dus ook de conclusies veranderen.
5. Diepgaande reflectie over de vier essentiële elementen van een klinisch besluit (sterkte van de evidentie, waardeoordeel van de patiënt, risico- en kosten-batenbalans) blijven cruciaal in het leerproces. Het is immers niet voldoende om het beste beschikbare bewijs te integreren in de praktijk. Men moet achteraf waakzaam blijven en (routine-)zaken opnieuw in vraag durven stellen, teneinde de spiraal verder te laten lopen.

Besluit

Het vijfstappenplan is een belangrijk leermodel om nieuwe evidentie te integreren in de eigen kennis en vaardigheden. Deze methode wordt pas echt effectief als ze deel uitmaakt van een spiraalvormig leerproces. De werking van Minerva sluit hier nauw bij aan en we hopen dat steeds meer collega's onze missie delen en aansluiten bij ons 'kritisch' netwerk.

Referenties

1. Vermeire E. Basiswetenschappen en EBM: Bedreiging van een nieuw paradigma? [Editoriaal] Minerva 2003;2(10):154-5.
2. De Cort P, Poelman T. Na het niet vinden van 'evidentie' begint pas het echte klinische werk... [Editoriaal] Minerva 2018;17(2):22-3.
3. Baynouna Al Ketbi LM. Learning framework for implementing best evidence. BMJ Evid Based Med 2018;23:81-3. DOI: 10.1136/bmjebm-2017-110834
4. Harden RM, Stamper N. What is a spiral curriculum? Medical Teacher 1999;21:141-3. DOI: 10.1080/01421599979752
5. Lemiengre M. Werkplekleren in de medische opleiding. In: Vorming door onderwijs. Acco, 2017:141-54.